

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

Niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa en escolares del C.E Parroquial Santa Rosa de Lima - Villa el Salvador

TESIS Para optar el título profesional de LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTOR

Marilú Lisseth Parinango Serrano

LIMA – PERÚ 2005

**NIVELES DE CONDUCTAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA
NERVIOSA EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL
SANTA ROSA DE LIMA - VILLA EL SALVADOR**

A Dios; porque sin su guía no tendría la luz para elegir el camino correcto.

A mi familia, por su esfuerzo, apoyo, dedicación y confianza; ya que sin ellos no tendría la oportunidad de culminar mis estudios como profesional en enfermería.

Mi más sincero agradecimiento a nuestra Alma Máter, Escuela Académico Profesional de Enfermería de la U.N.M.S.M por la oportunidad que nos brinda, para nuestro crecimiento como personas y futuras profesionales al servicio de la sociedad y a la Lic. Juana Durand B. por su asesoramiento, sus enseñanzas, dedicación y comprensión.

Al personal docente del C.E Parroquial Santa Rosa de Lima, por su colaboración en especial a la Hermana Teresa Marroquín Directora del C.E por las facilidades brindadas para la realización del presente estudio; y a las alumnas por su participación incondicional.

ÍNDICE

	Pág.
Índice de Gráficos	viii
Resumen	ix
Presentación	1
 CAPITULO I : INTRODUCCIÓN	
1.- Planteamiento , delimitación del problema	2
2.- Formulación del problema.	8
3.- Justificación del problema	8
4.- Objetivos	9
5.- Propósito	10
6.- Antecedentes del estudio – Juicio Critico.	10
7.- Base Teórica Conceptual – Analítica.	15
8.- Definición operacional de términos	48
 CAPITULO III : MATERIAL Y MÉTODO	
1.- Tipo y Nivel de investigación.	49
2.- Método a usar	49
3.- Descripción de la Sede de Estudio.	49
4.- Población.	50
5.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
6.- Validez y confiabilidad de los instrumentos.	51
7.- Procedimiento par el análisis e interpretación de datos.	53
 CAPITULO IV : RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
1.- Presentación , Análisis e interpretación de datos.	56
 CAPITULO V : CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
A.- Conclusiones	69
B.- Recomendaciones	71
C.- Limitaciones	72
 CITAS BIBLIOGRÁFICAS	73
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Niveles de Conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E.P Santa Rosa de Lima - Villa el Salvador.	57
2	Niveles de Conductas Alimentarias de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E.P Santa Rosa de Lima – Villa el Salvador.	59
3	Niveles de Conductas Personales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E.P Santa Rosa de Lima - Villa el Salvador.	61
4	Niveles de Conductas Psicoemocionales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E.P Santa Rosa de Lima - VES.	63
5	Niveles de Conductas Socioculturales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E.P Santa Rosa de Lima - VES.	65
6	Niveles de Conductas Familiares de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E.P Santa Rosa de Lima - Villa el Salvador.	67

RESUMEN

Los objetivos formulados fueron: Identificar los Niveles de Conductas alimentarias, personales, psicoemocionales, socioculturales y familiares de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal . La población fue de 140 escolares de sexo femenino de 11 a 14 años de edad. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo escala de Lickert con una guía de preguntas abiertas. Los resultados fueron: En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo, el **54%** presentaron niveles de **alto y mediano riesgo** siendo mayor en las edades de 11 a 12 (30%) que en las de 13 a 14 (24%) relacionado a dietas. El **59%** presentaron niveles de conductas personales de **alto y mediano riesgo** sobre experiencias estresantes y aspecto físico. El **60%** con niveles de conductas psicoemocionales de **alto y mediano riesgo** sobre temores e imagen corporal. En las conductas socioculturales de riesgo, la mayoría (**24%**) de 11 a 12 años presentaron niveles de **alto y mediano riesgo** en comparación con las de 13 a 14 (16%) referidos al interés publicitario y relaciones interpersonales. El (**25%**) de 11 a 12 años con niveles de conductas familiares de **alto y mediano riesgo** en comparación con el (23%) de 13 a 14 años referido a la intromisión de los padres en la vida de sus hijos y discusiones. Por lo que se concluye que existe una mayoría considerable del **54%** de escolares púberes y/o adolescentes que presentaron niveles de conductas de **ALTO Y MEDIANO RIESGO** hacia la Anorexia Nerviosa, que se evidencia en la adopción de conductas psicoemocionales, personales, alimentarias, familiares y socioculturales de riesgo.

Palabras Claves

Conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa
Anorexia Nerviosa en escolares

SUMMARY

The formulated objectives were: To identify the Levels of alimentary, personal Behaviors, psicoemocionales, sociocultural and family of risk toward the Nervous Anorexy. The study is of level applicative, quantitative type, descriptive method, of traverse court. The population belonged to 140 scholars of feminine sex from 11 to 14 years of age. The technique was the survey and the instrument was a form type scale of Lickert with a guide of open questions. The results were: As for the alimentary behaviors of risk, 54% presented levels of high and medium risk being bigger in the ages from 11 to 12 (30%) that in those of 13 at 14 (24%) related to diets. 59% presented levels of personal behaviors of high and medium risk it has more than enough experiences estresantes and physical aspect. 60% with levels of behaviors psicoemocionales of high and medium risk has more than enough fears and corporal image. In the sociocultural behaviors of risk, most (24%) of 11 to 12 years presented levels of high and medium risk in comparison with those from 13 to 14 (16%) referred to the advertising interest and interpersonal relationships. The (25%) of 11 to 12 years with levels of family behaviors of high and medium risk in comparison with the (23%) of 13 to 14 years referred to the interference of the parents in the life of their children and discussions. For what you conclude that a considerable majority of 54% of school púberes and/or adolescents that presented levels of behaviors of HIGH AND MEDIUM RISK toward the Nervous Anorexy that is evidenced in the adoption of behaviors psicoemocionales, exists personal, alimentary, family and sociocultural of risk.

Key words

Behaviors of risk toward the nervous anorexy
Nervous anorexy in school

PRESENTACIÓN

Uno de los problemas de Salud Mental que en los últimos años que se está incrementando en las púberes y adolescentes es la **ANOREXIA NERVIOSA** que constituye una de las enfermedades llamadas “**DE FIN DE SIGLO**” ; aunque se ha hecho notar hace más de 100 años, recién en las últimas décadas ha recibido mayor atención y preocupación debido al incremento incesante de su incidencia, sobre todo en los países occidentales u occidentalizados.

Es por ello que la Anorexia Nerviosa no es una enfermedad que se instala de un día para otro o que tiene que ver con la predisposición congénita, sino por el contrario está relacionada con el estilo de vida de nuestra época, con una moda particular de vivir y sentir nuestro cuerpo, nuestra salud, nuestros valores e ideales, impugnando todos nuestros actos, conductas y hábitos. (1).

En tal sentido; los trastornos de la conducta alimentaria afecta con mayor frecuencia a las púberes y/o adolescentes quienes en su proceso de desarrollo y maduración psicofísico y emocional presentan algunas manifestaciones que esta dado por el hecho de verse con unos kilogramos de más que molestan, comenzando a cuidarse en las comidas, aumentar la actividad física, entre otros. Algunos empiezan dietas restrictivas y luego por ende pasan a comer tanto como antes o más, con lo cual se sienten muy mal, no sólo porque van a engordar, sino que además no tienen control, ni voluntad, “siempre igual”, comenzando nuevamente una dieta ,sintiéndose con fuerzas, con ganas, como una persona que lucha por lo que quiere o se propone, y así se cierra un círculo que se retroalimenta, cuyos resultados pueden ser peligroso ya que existe una permanente evitación a saborear deliciosos platos, con calorías concentradas y simultáneamente fuertes demandas acerca del control de peso. La presión puede ser tal que la persona pierde la noción de su propio cuerpo . Los

adolescentes revelan con sus conductas que no adoptan la realidad biológica y el concepto médico del peso adecuado, existiendo algunas sub poblaciones en las que la delgadez es una norma como en las bailarinas, modelos, gimnastas, etc.

De modo que en nuestra sociedad existe la preocupación por el tema de la comida, las dietas, el talle, la figura, especialmente entre las mujeres que consideran como ideal un cuerpo esbelto y existe una creencia prevaleciente de que la gordura es mala.

Por lo tanto, **la adolescencia** es un periodo especialmente crítico para el desarrollo y la detección precoz de estos trastornos. De ahí que se deba prestar especial atención a los factores de riesgo, como el entorno social desfavorable, estructura familiar inestable, existencia de psicopatologías en los padres, maltrato y abuso sexual durante la infancia, ya que el adolescente está más expuesto a contraer dichas enfermedades porque atraviesa un período de su vida en que las dudas, los cambios y la búsqueda de personalidad confunden al individuo. (2).

Frente a esta realidad, el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención debe realizar actividades destinados a promover, proteger y fomentar la salud del individuo haciendo hincapié en la prevención de estas enfermedades mediante la elaboración de programas preventivos promocionales.

Es por ello que el estudio sobre ***“¿Cuáles son los niveles de conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Sta Rosa de Lima de Villa el Salvador?”*** Tuvo como **objetivo** Determinar los niveles de conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa e

identificar los niveles de conductas alimentarias, personales, psicoemocionales, socioculturales y familiares de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa en escolares . Con el **propósito** de contribuir en la detección precoz de púberes y adolescentes que presentan conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa; y a partir de los hallazgos proporcionar información pertinente a la institución Educativa que permita establecer coordinaciones estrechas con el C.S a fin que el profesional de enfermería desarrolle programas preventivos promocionales dirigidos no sólo a estas escolares sino también a los padres de familia, profesores y comunidad en general y de esta manera mejorar su calidad de vida.

El presente estudio consta de: **Capítulo I Introducción** ; En el cual se presenta el Planteamiento y delimitación del problema, formulación del problema, justificación del problema objetivos, propósito, antecedentes del estudio- Juicio critico, Base teórica Conceptual Analítica , operacionalización de la variable y la definición operacional de términos. **Capítulo II Material y Métodos**; En el que se expone el tipo y nivel de investigación , método a usar, descripción de la sede de estudio , población ,técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento , plan de recolección de datos, plan de procesamiento, análisis e interpretación de datos. **Capítulo III : Resultados y Discusión**; en el que se expone la presentación , análisis e interpretación de datos . **Capítulo IV Conclusiones, recomendaciones y limitaciones**. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas , bibliografía y anexos.

CAPI TULO I

INTRODUCCIÓN

1.- PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Según las frías estadísticas, la Anorexia Nerviosa – y su prima hermana, la bulimia se han convertido en la 2º causa de muerte entre las adolescentes de todo el mundo con el más alto índice de mortalidad entre las enfermedades psíquicas (3).

Es por ello que ***"Para la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia Nerviosa- ALUBA*** - escribe Gastón Agurto – (con sede en Argentina y próxima a abrir una sucursal en el Perú) , un primer paso para afrontar ello es capacitar a los maestros en la prevención y detección temprana. La primera luz de alerta - dicen - la dan las alumnas que durante el recreo dejan intacta la lonchera argumentando que están a dieta, aquellas que durante la clase de educación física realizan ejercicios o deportes intensa y compulsivamente con el único fin de bajar de peso. También las perfeccionistas, alumnas estrella, ejemplares, constituyen un tipo de personalidad que caracteriza a las anoréxicas.” (3)

En nuestro medio las pautas culturales han determinado que la delgadez sea sinónimo de éxito social. Muchos jóvenes luchan por conseguir el “físico ideal” motivados por modelos, artistas o por la publicidad comercial, creen que el mundo

es de los delgados y que su peso natural no debe exceder el estándar de delgadez que la sociedad impone, deprimiéndose, auto criticándose y sintiéndose fracasados o desvalorizados cuando no lo logran.

Actualmente la Anorexia Nerviosa se ha convertido en un verdadero flagelo para la juventud de nuestro país cobrando víctimas cada vez más precoces en el Perú, ya que la sociedad en la que vivimos depende mayoritariamente de nuestra imagen y esto nos conlleva a morir por ello.

Según información del INSM-HDHN, actualmente se presentan pacientes anoréxicos de 10 a 12 años de edad, cuando el cuadro clínico define a la Anorexia Nerviosa como un trastorno que se presenta normalmente entre los 14 y 16 años de edad. Y no solo eso, sino que “si hasta hace 10 o 15 años se pensaban que estas enfermedades eran propias de sectores socio económicos medios o altos; actualmente presentan casos de pacientes pertenecientes a distritos como Puente Piedra, Carabaillo o **Villa el Salvador**. (4)

El Doctor Rolando Pomalima, Psiquiatra de la Dirección de Niños y Adolescentes del INSM “HD-HN” al respecto refiere que “...los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que se vienen convirtiendo en estos últimos años en un problema de salud pública llegando a constituirse en una epidemia de nuestros tiempos modernos, debido al incremento alarmante en su incidencia y prevalencia preferentemente en las adolescentes. Esta situación es incentivada en nuestra sociedad por la "moda" de adelgazar tendiéndose a convertir en una auténtica obsesión colectiva al sentirse desgraciadas a causa de su físico y en especial de "su exceso de peso", observándose a la vez que las edades de inicio son cada vez más precoces, incluso antes de la pubertad", añadiendo además, en coincidencia con otros estudiosos, que hasta la fecha "no se ha identificado una causa concreta y única de estos trastorno, por ello su abordaje se realiza desde una perspectiva multidimensional que incluye factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de índole individual, familiar y sociocultural, tanto biológicos como psicológicos y/o emocionales.”

Asimismo confirmó que, “...el Ministerio de Salud del Perú no ha realizado hasta ahora ninguna campaña de información ni de prevención contra esta enfermedad. Algunas de sus autoridades aducen falta de recursos y presupuesto. Lo cierto es que la desinformación en el Perú sobre la anorexia es parecida a la de otros países de Latinoamérica... brilla por su presencia”. “...Hay un *“no se qué”* que impide que la sociedad tome conciencia de ello. Para colmo, las mismas autoridades sanitarias hacen poco o nada. Lo mismo se podría decir de los gobiernos locales y nacionales. ¿Cómo explicar, entonces, el porqué nadie hace caso a las advertencias sobre esta enfermedad que constantemente lanzan algunos especialistas en el comportamiento humano?.

(5)

Para empezar, no ha sido posible encontrar información en el Ministerio de Salud Peruano, sin embargo en la pagina Web del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática INEI, en la sección correspondiente a Perú en Cifras, hay una estadística dedicada a Salud que menciona los casos de muertes por enfermedades en 1998 (que es el dato mas reciente), donde aparece en el quinto lugar un rubro dedicado a “ Enfermedades del Aparato digestivo”, con 7.8% y en el octavo lugar, el rubro “ Signos y síntomas morbosos mal definidos” con el indicador de 3.8%. Tal indefinición se explicaría por lo mencionado en el trabajo de Gleen Lozano- Zanelli, según el cual la anorexia en el Perú no es fácil de reconocer o detectar por la actual incapacidad del sistema de salud. La misma indefinición por añadidura la encontramos también en los datos estadísticos de la OPS, Filial Perú, pues al parecer, sus bases de datos están completamente desfasadas (6)

La moda, la publicidad y los medios, que muestran modelos perfecto del hombre y la mujer, delgados y bellos, muchas veces hacen que los adolescentes por desconocimiento tomen patrones alimenticios inadecuados, que de no ser identificados precozmente, puede desencadenar el inicio de una dura batalla difícil de escapar; ya que son ellos, los púberes y adolescentes las principales víctimas de este trastorno por pertenecer a una etapa de la vida en la que el cuerpo se está desarrollando y cambiando abruptamente y la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es más lenta que su evolución biológica.

Todo ello resalta la preocupante situación de nuestra realidad, ya que puede resultar paradójico que en un país como el nuestro, donde la tasa de desnutrición alcanza hasta el 25% de la población, existan personas que a pesar de no tener que comer, simplemente se nieguen a comer; y lo peor de todo es descubrir que la anorexia vaya cobrando víctimas cada vez más precoces en el país. Es más, las comidas que antes se realizaban en el seno de la familia hoy en día se llevan a cabo en lugares de trabajo, colegio y fuera de casa en general no existiendo control sobre la ingesta que realizan los niños y adolescentes.

De igual manera, al interactuar con jóvenes adolescentes refieren: “Me incomoda ser gorda”, “Si me vuelven a decir gorda, por supuesto que vuelvo a dejar de comer”, “Una gorda nunca es recibida en ningún lugar”, entre otras. Así también encontramos la indiferencia de la comunidad quienes no consideran a la Anorexia Nerviosa como un problema relevante, sumado a la ignorancia tanto de las alumnas como de docentes respecto a la realidad de esta enfermedad y sus nefastas consecuencias dificultando la detección oportuna de jóvenes con este tipo de problemas.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente expuesto se creyó conveniente realizar el estudio sobre :

“¿Cuáles son los niveles de conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa en escolares del C.E. Parroquial Sta. Rosa de Lima de Villa el Salvador?”

3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es de gran interés e importancia ya que permitirá mostrar la realidad de un grupo de chicas púberes y adolescentes que a pesar de no pertenecer a una condición económica alta (pues tradicionalmente se ha atribuido la existencia de anorexia a las sociedades solventes) también se ve afectada significativamente por diversos factores externos que las impulsa a adoptar determinadas conductas de riesgo que las puede conllevar a la anorexia nerviosa.

De ahí que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención debe realizar actividades orientadas a detectar signos y síntomas relacionadas a la Anorexia Nerviosa en grupos de riesgo y desarrollar actividades destinados a promover, conservar y recuperar la salud del individuo; haciendo hincapié en la prevención de estas enfermedades y la promoción de hábitos alimenticios saludables, mediante la elaboración de programas preventivos promocionales en coordinación con los centros educativos y desarrollar campañas de difusión con el fin de prevenir estos trastornos de la conducta alimentaria disminuyendo así el riesgo de aumentar la tasa de morbilidad por este tipo de prácticas de conductas inadecuadas que perjudican la salud de estas jóvenes, mejorando así su calidad de vida.

4. OBJETIVOS

Los objetivos que se formularon para el presente estudio fueron :

4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los niveles de conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles conductas alimentarias de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador.
- Identificar los niveles conductas personales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador.
- Identificar los niveles conductas psicoemocionales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador.
- Identificar los niveles conductas socioculturales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador.
- Identificar los niveles conductas familiares de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa según edades en escolares del C.E. Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador.

5. PROPÓSITO

Los resultados del presente estudio tiene como propósito contribuir en la detección precoz de púberes y adolescentes que presenten conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa y a partir de los hallazgos proporcionar información pertinente a la institución educativa que permita establecer coordinaciones estrechas con el centro de salud a fin que el profesional de enfermería desarrolle programas preventivos promocionales a nivel del Programa de Salud Escolar y Adolescente dirigidos no sólo a este grupo de escolares sino también a los padres de familia ,educadores ,grupos de riesgo y comunidad en el cual se incluyan aspectos relacionados a trastornos alimentarios a fin de contribuir en la

adopción de estilos de vida saludables y disminuir la adopción de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa el cual repercutiría negativamente en su proceso de desarrollo normal y en su calidad de vida .

6. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO - JUICIO CRÍTICO

Luego de revisar antecedentes del estudio se ha encontrado algunos relacionados, tanto de nivel nacional como internacional . Así tenemos que :

Joan Hartley Florindez, psicóloga de la PUCP, en 1999,Lima –Perú ,realizó un estudio sobre **“Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares”**, el cual tuvo por objetivos: Adaptar y validar un instrumento que permita detectar posibles casos de trastornos alimentarios , Describir las características propias de un trastorno alimentario presente en poblaciones estudiantes ,Explorar algunas conductas de riesgo en la población en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, Comparar los resultados anteriores de acuerdo al tipo de colegio (público – privado) y nivel socio económico. El método que utilizó fue el descriptivo - comparativo . La población estuvo conformada por tres colegios (2 privados y 1 público) de Lima Metropolitana . La muestra fue de 361 mujeres adolescentes con una edad promedio de 16 años y el rango entre 13 y 18 años. El instrumento que utilizó fue la escala de Lickert. (un inventario sobre síntomas anoréxicos creado previamente por Marcés y Delgado ,sobre las cuales se construyeron nuevos ítem , se adoptaron otros y se eliminaron algunos). Algunas conclusiones a las que llegó la autora fueron entre otras :

“ Que los trastornos alimentarios constituyen una problemática importante en nuestro medio , no exclusiva de niveles socio económicos altos .

La utilización del inventario y del cuestionario facilitan el acercamiento al tema : dar a conocer las características propias de un trastorno alimentario presentes en la población

estudiada y permite además clasificar la población en riesgo de desarrollar dicho trastorno .

El acercamiento al tema no solo beneficiará a nuestro conocimiento sino que también nos puede permitir desarrollar futuras estrategias de prevención e intervención efectivas” . (7)

Dra. Delia Patricia Albornoz Muñoz , en 1998 , en Lima-Perú realizó un estudio sobre: **“Anorexia Nerviosa: Perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidos en el INSM – HDHN 1982 – 1998 ”** ; con el objetivo de reconocer las características epidemiológicas , clínicas y de evolución de las pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa en el INSM “HD-HN” entre el 1° de Enero de 1982 y el 31 de Julio de 1998. El método que utilizó fue el descriptivo y retrospectivo. El área de estudio fue el INSM “HD-HN”. La población estuvo conformada las historias clínicas de 58 pacientes con diagnósticos de anorexia nerviosa . El instrumento fue la hoja de registro y la técnica fue de análisis documental.

Algunas conclusiones a las que llegó la autora , fueron entre otras :

“ Las características demográficas de las pacientes anoréxicas son similares a los descrito por la literatura excepto la condición socio económica deprivada que es predominante en la casuística y las características socio-culturales propias de la cultura, de la pobreza que son prevalentes.

Previamente a la enfermedad se caracterizaban por ser retraídas , de pocos amigos, evitantes del sexo opuesto y de reuniones sociales, con grandes expectativas por logros intelectuales, algunos dependientes con temor a la crítica y minusvalía .

Generalmente provenían de familias económicamente deprivadas, legalmente constituidas con gran disfunción familiar.

Las pacientes acuden por restricciones severas de la ingesta alimentaria, considerables disminuciones de peso con grave deterioro del estado físico y conductas alimenticias extremadamente inadecuadas.” (8)

Jorge Castro Morales en 1991, en Lima-Perú presentó un estudio sobre **“Anorexia Nerviosa en la pobreza”**. El cual tuvo como objetivos: identificar las características demográficas de la muestra, su abordaje clínico, los criterios diagnósticos utilizados y los resultados de las modalidades terapéuticas aplicadas en pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa atendidos en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” entre los años 1983-1988. El método que utilizó fue el Descriptivo-Comparativo y retrospectivo. El área de estudio fue el INSM-HDHN. La población estuvo conformada por 23 pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa. El instrumento fue la hoja de registro y la técnica fue de análisis documental. Algunas conclusiones a las que llegó el autor entre otras fueron :

*“ El **17.4%** de los pacientes fueron catalogados como de nivel socio-económico medio-bajo y **82,6%** de nivel bajo , lo cual significa que una gran mayoría de pacientes con Anorexia Nerviosa provenía de estratos socioeconómicos deprivados en un país sub desarrollado ” (9).*

La Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal N° 1 de Nezahualcoyotl en el 2001 (Feb-Jun), en México, realizó un estudio sobre **“ La Anorexia ”**, el cual tuvo como objetivos: Conocer la anorexia desde el punto de vista psicológico , como las causas, su desarrollo y su atención en el tratamiento, consecuencias a nivel biológico, conocer con mayor detalle los síntomas biológicos en las anoréxicas, además de los psíquicos, identificar el tipo de tratamiento que existe para la enfermedad ,la importancia que tiene la familia para la recuperación del enfermo y explicar el por qué los enfermos de anorexia principalmente son mujeres jóvenes. El método que utilizó fue el descriptivo. El estudio se realizó en la Escuela Normal N° 1 de Nezahualcoyotl, algunas en la UAM en el Campus Xochimilco y en la escuela secundaria técnica Calmecac N° 7. La población estuvo conformada por jóvenes entre las edades de 14 y 22 años. El instrumento que utilizó fue el cuestionario y la técnica la encuesta. Algunas conclusiones a las que llegó la autora entre otras fueron:

“ La anorexia no es una enfermedad propia de la adolescencia, pues se puede presentar en las diferentes etapas de vida : niñez, adolescencia o adultez....

En las causas de la anorexia no debemos culpar únicamente a los medios de comunicación o a la sociedad, pues este trastorno se origina principalmente en la familia.

La enfermedad esta en relación con las transformaciones de la pubertad.

El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.

La mente de las anoréxicas es perfeccionista.” (10)

Miguel Ángel Martínez y Salvador Cervera , en 1998, en España, realizaron un estudio sobre: “ **Factores de riesgo que favorecen la Anorexia y Bulimia**”, el cual tuvo como objetivo : Identificar los factores que incrementan el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. El método que utilizó fue el descriptivo prospectivo. La muestra estuvo conformada por 2862 jóvenes entre 12 y 21 años de edad. La técnica fue la observación y entrevista y el instrumento utilizado fue una extensa batería de test. Algunas conclusiones a las que llegaron los autores, entre otros fueron:

“ ...Se identificaron 3 factores de riesgo principales que como mínimo duplican el riesgo de padecer esta patología. Estos factores serian: El hábito de comer en solitario, que triplica el riesgo; el estado civil de los padres, que duplica en aquellas chicas con padres viudos, separados o divorciados; y el mayor uso de determinados medios de comunicación, como revistas juveniles centradas en contenidos de moda, belleza, etc o algunos programas de radio, que multiplica el riesgo por 2.

...Se han demostrado que la población donde se desarrollan estos trastornos alimentarios tiene una baja autoestima y un cierto perfeccionismo que genera un comportamiento inseguro.” (11)

Por lo anteriormente expuesto, podemos evidenciar que existe una preocupante situación de salud respecto al incremento del numero de casos de

ANOREXIA en mujeres muy jóvenes , ya sea en niñas , púberes y/o adolescentes que se dan no sólo a nivel nacional sino también a nivel mundial, debido a múltiples factores que conllevan a estas pacientes a adoptar inadecuadas practicas alimenticias que desencadena en estos tipos de trastornos . Razón por la cual se considera de vital importancia realizar el presente estudio ya que permitirá ampliar los conocimientos acerca de esta enfermedad en base a nuestra realidad.

7.- BASES TEÓRICA CONCEPTUAL - ANALÍTICA

A continuación se presenta el marco teórico que dio sustento a los hallazgos:

7.1- SALUD MENTAL Y ANOREXIA NERVIOSA :

Los trastornos de Salud Mental son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia sino por el impacto en sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes, sus familias y el entorno cercano.

La enfermedad Mental comprende un amplio número de patologías, caracterizados generalmente por su larga duración (procesos crónicos) lo que supone una enorme carga a la familia, sistema sanitario y a la propia sociedad.(12)

En todo el mundo, los trastornos de Salud Mental representan 4 de las 10 causas principales de discapacidad en la economías de mercado establecidas (13).

Entre los trastornos de Salud Mental cabe destacar los **Trastornos Alimentarios** caracterizados por los comportamientos anormales de

alimentación que pueden poner en peligro la vida . Entre ellas tenemos la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y el trastorno de atracones compulsivos, que son trastornos alimentarios comunes entre la púberes adolescentes y adultos jóvenes.

7.2- TRASTORNOS DE LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

7.2.1 *Trastornos de la pubertad*

La fase de desarrollo puberal comprende aproximadamente desde los 11 hasta los 14 años, aunque también son posibles que haya constantes variaciones individuales. Los problemas mas característicos de esta fase resultaron ser , principalmente, los derivados del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios .Las modificaciones somáticas no solo amenazan la identidad del yo , sino también, y de forma persistente , todo el ámbito de las relaciones de los jóvenes.

Los conflictos que desencadena la Anorexia de la pubertad se relaciona principalmente con los cambios corporales que experimenta el propio sujeto y con el cambio que sufren en sus relaciones con personas del sexo opuesto , tanto en la familia como fuera de ella.(14)

Por lo tanto, la pubertad implica cambios corporales, impulsos sexuales y crisis de identidad, lo que favorece la reactivación de conflictos primitivos y dar por resultados respuestas inadaptadas que configuran el cuadro anoréxico.

7.2.2 Trastornos de la adolescencia

Esta etapa de la adolescencia comprende aproximadamente desde los 14 años y es considerada como una etapa de transición entre el comienzo de la maduración sexual (la pubertad) y la edad adulta. (15).

Es una de las etapas más difíciles y decisivas de la persona y su adaptación al medio que lo rodea.

En este camino, el niño ha de pasar por la revolución puberal, con la transformación corporal y la definición psicosexual. Al mismo tiempo el niño necesita encontrar vías de acceso a su integración en el mundo de los adultos.

Este periodo se caracteriza por los conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así como de los esfuerzos por separarse de los padres y establecer su propia independencia. Todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas de su vida. Esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al sujeto períodos de confusión, inestabilidad emocional y conductas contradictorias. Estos difíciles procesos de cambio pueden dar lugar a manifestaciones patológicas específicamente relacionadas con ellos. Las dificultades pueden afectar a las tres áreas fundamentales en que se desarrolla la vida del individuo psico-biológico: el AREA MENTAL (dificultades de concentración, dispersión, apatía), el AREA DEL CUERPO (anorexia-bulimia, masturbación compulsiva, indefinición sexual y perversiones) y el MUNDO EXTERNO (conductas antisociales, delincuencia, toxicomanías). Por lo que, aunque las dificultades se manifiesten predominantemente en una de las áreas, siempre están todas implicadas. (16)

7.3- CONDUCTAS DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE

Las **Conductas de riesgo** son las formas de comportamiento que adopta el individuo cuando se hacen con una cierta regularidad pudiendo acabar con la aparición de una enfermedad como por ejemplo la anorexia o bulimia nerviosa.

La **conducta de riesgo en el adolescente** es definida por Silver como : “Aquella potencialmente destructiva , dependiente de su inexperiencia y la incomprensión de las consecuencias inmediatas o de largo plazo de sus acciones“ (17)

Adicionalmente se reconoce que : “La experimentación y toma de riesgo son parte natural del crecimiento y aunque la **conducta que acarrea riesgos** puede representar un peligro para la salud, también ofrece al joven la sensación de ser adulto ,algo importante para su autoestima .Por tal razón el crecimiento del adolescente debe incluir experiencias que entrañan riesgos .

En base a lo expuesto se define a la **conducta de riesgo** como “Aquella o aquel comportamiento que al ser ejecutada con intencionalidad conciente o no , aumenta la probabilidad de producir daño, enfermedad o lesión en sí mismo o en los demás.

7.4- DESENCADENAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANOREXIA NERVIOSA EN EL ADOLESCENTE

La **anorexia** nerviosa normalmente se inicia en la **pubertad**. Pero ¿por qué?. La primera respuesta esta en que se trata en una etapa del desarrollo que entraña y exige cambios muy grandes. Tanto a esas niñas

como a sus familias les resulta difícil avenirse a dichos cambios de una manera que facilite y aliente la individuación dentro de las relaciones. (18)

Los cambios más obvios , y probablemente los más notorios ,en la pubertad son los físicos . El cuerpo de la niña parece crecer sin cesar ,las curvas típicamente femeninas se ponen en evidencia, y se inicia la menstruación. Muy rara vez el tipo de niña que nos ocupa está preparada para ese desarrollo (al menos emocionalmente). La jovencita presenta con suma frecuencia un cuadro de ambivalencia extrema, parece totalmente desorientada y llena de contradicciones.

Pero tanto el aspecto físico como los procesos emocionales y mentales no son más que uno de los frentes en que la adolescente debe librar batalla con los cambios. El otro frente, estrechamente relacionada con el primero , se halla en sus relaciones, tanto las que sostiene con sus padres y su familia , como con los propios pares.

Los pares dan pie al aprendizaje y la experimentación en el campo interpersonal. Con ellos, (si todo va bien) aprende a reñir y a hacer las paces, a practicar la solidaridad a la vez que se desarrolla la propia identidad. Asimismo se aprende a verse a sí mismo a través de los ojos de los demás, a enfrentar sus críticas a la par que se establece y preserva un sentido del sí mismo y de la propia valía. También aprende particularmente temas sexuales, a reglamentar la cercanía y la distancia, a decir sí o no de acuerdo con las exigencias de la situación y los propios deseos, a soportar la tensión provocada por la ambivalencia.

Es por medio de tales procesos que , en la adolescencia , se inicia el camino de separación del hogar paterno. Las lealtades hacia la propia familia pierden importancia; las asociaciones con amigos fuera del marco familiar asumen nuevo sentido y elasticidad.

¿POR QUE ANOREXIA NERVIOSA?

Tarde o temprano, la jovencita , tí mida y algo torpe, oirá que le dicen: “*Estás bastante redonda de cola.¿por qué no haces dieta?*” O bien oye comentarios elogiosos de sus compañeros acerca de la esbelta figura de alguna otra adolescente, y su buen aspecto general. Estas experiencias, u otras semejantes, harán que decida **bajar de peso por sí misma**, sea siguiendo una dieta planificada, o **quemando grasas con la práctica deportiva**, o bien (tal vez con mayor frecuencia) mediante una combinación de ambos.

Hasta aquí , nuestra paciente en poco o nada difiere de muchas otras jovencitas colocadas en situaciones similares, que , en el contexto de sus relaciones con amistades o rivales se ven enfrentadas a la ideología de la esbeltez generada por la sociedad en la que vivimos. La única diferencia está en que las demás serán menos perseverantes e inflexibles en su propósito de bajar de peso. (19)

El sentido de realidad de esas jovencitas gradualmente se ve distorsionado, o es entendido por anormal a ojos de terceros. Esta distorsión es evidente en el hecho de insistir en que la delgadez cadavérica a la que han reducido sus cuerpos, es normal, saludable, ciertamente placentera desde el punto de vista estético, y en que la mera idea de aumentar un solo kilo resulta absolutamente intolerable y repugnante.

Debiera ser fácil entender por que a estas jovencitas les resulta tan difícil romper ese círculo y decir: “*Me marcho, voy a trabajar en otra parte para satisfacer mis necesidades, ustedes tendrán que arreglárselas sin mí*” Las presiones provocadas por la culpa y los vínculos de lealtad la retienen dentro de la familia, particularmente al no estar preparadas para valerse por sí mismas afuera, y también por tener que ceder el puesto de importancia que han obtenido dentro de la familia .Los padres análogamente, están poco preparados para una vida propia y creen que necesitan de una tercera

persona- la hija anoréxica – para estabilizar su relación, darle un sentido a su vida y hacer que valga la pena vivirla. (20)

7.5- ANOREXIA NERVIOSA

a.- Etimología:

Etimológicamente “ Anorexia” significa: “Hambre de Nada”, es decir, que la persona anoréxica tiene hambre como requerimiento puramente fisiológico, pero no “desea” comer, no tiene apetito. (21)

b.- Definiciones

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha clasificado a la Anorexia Nerviosa como un trastorno mental y del comportamiento.

Como concepto más actual de Anorexia N. podemos hablar de una entidad compleja en la que se dan **cambios físicos, emocionales y de la conducta** en personas que presentan una peculiar aversión por los alimentos y a la ganancia de peso. (22).

Tenemos numerosos autores que definen a la Anorexia Nerviosa de la siguiente manera:

Según el DSM-IV(1994), la Anorexia Nerviosa se caracteriza por la negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal correspondiente a la edad y estatura. (23)

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad que se caracteriza por una distorsión corporal donde la persona se percibe a sí misma "más gorda" o de mayor peso que lo que en realidad tiene. Presenta un deseo

descontrolado e irracional por bajar de peso, lo que produce una interrupción del apetito y de la ingesta calórica diaria, alterándose con esto, la piel, la digestión, el sueño, el estado anímico se vuelve depresivo, hay aislamiento social, existe tendencia a colocarse ropa ancha y oscura, y finalmente uno de los síntomas más graves e indicadores del nivel en el que se encuentra el trastorno es la amenorrea o ausencia de menstruación. (24).

La **anorexia** mental o Anorexia Nerviosa es un síndrome psiquiátrico que se centra sobre la negativa del enfermo (generalmente mujeres) a comer, conllevando una alarmante pérdida de peso . (25)

Korb-M (1994) postula que la Anorexia es la expresión simbólica del rechazo de una mujer a la vida de su madre.(26).

La Anorexia Nerviosa se caracteriza por la necesidad de controlar el peso y por un miedo intenso a engordar y a perder el dominio de lo que se come, que lleva a la restricción paulatina de alimento. Se acompaña de un trastorno en la percepción de la imagen corporal. El control de la comida pasa a ser el eje en torno al cual gira la vida. (27).

La anorexia consiste en disminuir la cantidad de alimento al mínimo indispensable, hasta llegar a un punto que ya no sea necesario comer.

Son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez. (28)

La décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) describe a la Anorexia como un trastorno caracterizado por la pérdida deliberada de peso mantenida por el enfermo. (29)

c.- Tipos:

- *ANOREXIA NERVIOSA TIPO RESTRICTIVA*

Son aquellas que realizan una restricción de la dieta (dietistas) . Durante el periodo de anorexia ,la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta masiva o conductas purgativas (vómitos auto inducidos o mal uso de laxantes y diuréticos).Se da en un 70-80% de los casos y suelen ser personas que realizan mucho ejercicio físico .

- *ANOREXIA NERVIOSA TIPO BULÍMICA O PURGATIVA*

En este tipo durante el periodo de anorexia la persona incurre regularmente en atracones o conductas purgativas.

d.- Epidemiología

La Anorexia Nerviosa es un trastorno que está ligada al sexo femenino de manera rotunda: un 90-95% de las personas afectadas son mujeres y la edad de aparición suele estar entre los 12 y los 25 años, y es más frecuente entre los 12 y los 17. (30).

Suele aparecer en mujeres jóvenes, solteras en edades entre la pubertad y la adolescencia. Hay casos tardíos y también alguna excepción masculina (hay un hombre por cada 10 mujeres). La frecuencia de la enfermedad va en aumento durante los últimos años (una adolescente de

cada 200). En índice de mortalidad ronda el 6-10% de todas las pacientes afectadas. (31)

La Anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común en mujeres adolescentes y se estima que ocurrirá en 0.5% a 3% de todos los adolescentes. Generalmente ocurre en la adolescencia, aunque todos los grupos de edades son afectados, incluyendo ancianos y niños tan pequeños como de seis años. (32)

Según estadísticas más recientes aportados por el Instituto Nacional de Salud Mental (N.I.M.H): Se calcula que del 0.5 al 3.7% de mujeres de todo el mundo sufren de anorexia.(33).

La estimación de la prevalencia de ambas bulimia y anorexia en los Estados Unidos fluctúan de 2% a 18%. La gran mayoría de pacientes - cerca de 90%- son mujeres. Aunque sólo 10% de adultos con anorexia son hombres, sus números están incrementando; en los niños, 25% son niños (34)

Según las últimas estadísticas, la Anorexia y su prima hermana, la bulimia se han convertido en la segunda causa de muerte entre las adolescentes de todo el mundo. Por delante van los accidentes de tránsito y detrás las enfermedades como el sida y el cáncer. Pero la anorexia es la "mala de la película", pues tiene el más alto índice de mortalidad entre las enfermedades psicológicas. (35)

Muchos estudios de grupos de pacientes anoréxicos han encontrado tasas de mortalidad que varían de 4% a 20%. Debe notarse que el riesgo de muerte aumenta significativamente cuando el peso es menos de 60% de lo normal. (36)

e.- Teorías :

- ***Para la Teoría Sistémica.-*** Este modelo analiza la conducta de un individuo en relación con sus relaciones humanas – la familia del sujeto enfermo juega con rol crucial. Seguidores de esta corriente han determinado que es a partir de las interacciones familiares que emerge la enfermedad.

Son comunes las madres impositivas y dominantes que van en contra de la identidad del otro y no permiten una correcta separación de necesidades. La extrema exigencia es “la reina del hogar”. Son padres que imponen la obediencia, la conformidad, el buen rendimiento académico. Cualquier desacuerdo e iniciativa personal son considerados traición. En consecuencia, el niño va acostumbrándose al control y no puede romper con él: no busca logros personales sino la recompensa de su obediencia.

Las anoréxicas suelen pertenecer a familias aparentemente ejemplares, pero en las que, internamente abundan los conflictos.

- ***Para la Teoría Socio Cultural .-*** Sostiene que los patrones de moda y estético actuales – las gordas están privadas de la menor aceptación – imponen una delgadez a toda costa.

Para Hartley es como si hubiera una alucinación corporal colectiva, que ya no es exclusiva de mujeres que sufren de este trastorno, sino frecuente en mujeres normales. En el mundo occidental aparece la delgadez como un símbolo de belleza, salud y éxito social, y se condena la obesidad.

- ***Para la Teoría Psicoanalítica.-*** Considera que la enfermedad se origina en un vínculo primaria disfuncional entre la madre y la hija. Los psicoanalistas lo atribuyen el rechazo inconsciente a la feminidad. Muchos casos se inician tras un periodo de obesidad y la preocupación de la paciente por recuperar la línea. El conflicto en la familia, especialmente con

la madre, es uno de los elementos constantes que dominan el cuadro clínico. (37)

f.- Características

La mayoría de las personas que tienen trastornos alimentarios comparten ciertos rasgos de personalidad y desarrollan rituales anormales de alimentación como un medio para manejar el estrés y la ansiedad.

Pero generalmente se caracterizan por su tendencia hacia las:

- Abstracciones selectivas.
- Generalizaciones excesivas.(debo evitar toda ingesta de hidratos de carbono).
- Ideas autorreferenciales.
- Magnificación de consecuencias negativas.(Si aumento un kilo, estoy perdida para siempre).
- Pensamiento supersticioso.(Cuando como un dulce enseguida se convierte en grasa en el estomago).
- Inferencia arbitraria.
- Uso selectivo de la información.
- Hipergeneralización.
- Pensamiento dicotómico (soy atractiva o soy fea , todo o nada).
- El ideal irreal (Uso del ideal social como un standard de apariencia estable)
- La comparación injusta.
- La lupa (Observar solamente las partes más negativas de la propia apariencia) .
- La mente ciega (Minimizar una parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva).
- La fealdad radiante .

- El juego de la culpa (Culpabilizar la apariencia de la propia insatisfacción).
- La mente que lee mal (“No tengo novio porque estoy gorda”).
- La desgracia reveladora (“Nunca me amarán a causa de mi apariencia”).
- La belleza limitadora.
- Sentirse fea.
- El reflejo del mal humor (Traspasa las preocupaciones al propio cuerpo).
- Una marcada presión social a la delgadez (“Si eres un top model triunfarás en la vida”).
- Turbulento pasado de “gordita”.
- Sentimiento interno de gordura (No es necesario un sobrepeso real).
- El modelo de una madre a la que considera gruesa.

g.- Signos y Síntomas de la Anorexia Nerviosa

- ***Conductas Patológicas***

- Conducta alimentaria restrictiva (poca cantidad de comida) o dietas severas.
- Rituales con la comida como: contar calorías, descuartizar la comida en trozos pequeños, preparar comida para otros.
- Reducir el consumo de alimentos, especialmente los que tienen más grasas y calorías
- Miedo intenso a engordar, luchando por mantener el peso por debajo de lo normal.
- Temor a verse obligado a comer en sociedad (fiestas, reuniones familiares.)
- Comer sola.
- Hiperactividad (exceso de gimnasia u otros deportes)

- Aumento del ejercicio físico desmesurado ,no por razones lúdicas sino para perder peso.
- Esconder su cuerpo debajo de ropa delgada .
- Toda la vida de la paciente gira alrededor de esa visión de sí misma anormalmente delgada y esa búsqueda de la belleza y el triunfo a través de un cuerpo flaco.
- Negarse a que vean su cuerpo
- En ocasiones, atracones y consumo de laxantes o diuréticos para favorecer el adelgazamiento.
- Abuso de edulcorante.
- Juzgar su vida bajo la visión de la imagen personal, la belleza, el triunfo.
- Concentración en los estudios pero con más dificultades que antes.
- Persiste un buen rendimiento escolar hasta que la malnutrición interfiere este rendimiento.

- ***Signos fisiológicos***

- Pérdida importante y progresiva de peso (con frecuencia sucede en un periodo breve) y afirmar que se está gordo aunque se está delgado.
- Negación a mantener un peso igual o superior al valor mínimo que corresponde a su edad y altura.
- Falta de menstruación o retraso en su aparición de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos sin causa fisiológica conocida.
- Temor a aumentar de peso o engordar aun cuando tenga peso insuficiente.
- Percepción distorsionada del peso , tamaño o figura del cuerpo.
- Palidez, caída del cabello, disminución de la temperatura corporal (suelen tener frío o aún cuando hace calor) y dedos azulados.
- Debilidad y mareo , calambres ligeros bradicardia y estreñimiento.

- ***Cambio de actitud***

- Cambio de carácter (irritabilidad, ira).
- Introversión , agresividad, tristeza y aislamiento de la familia y amigos. Sentimientos depresivos.
- Hostilidad y agresividad contra la familia cuando ésta pretende reconducir sus hábitos alimentarios.
- Inseguridad en cuanto a sus capacidades.
- Sentimientos de culpa y auto desprecio por haber comido o por hacer ayuno.
- Aislamiento social, se vuelven cada vez más introvertidos y más aislados de toda la vida social.

Las mujeres anoréxicas presentan **características** muy puntuales: controladores, minuciosas, perfeccionistas, que viven siguiendo los criterios sociales establecidos, vacías en lo afectivo y con la convicción de que ha logrado el control de su cuerpo.

Al final del comportamiento de la anorexia acaban siendo del tipo compulsivo, no pueden dejar de comer como lo hacen pues se angustian demasiado, son obsesivas, perfeccionistas, altamente competitivas, inteligentes, inmaduras emocionalmente, con una baja autoestima y muy dependientes de su familia. Su autoestima depende de su peso y su silueta. Presenta dificultad en sus relaciones sociales, distorsionan o devalúan su apariencia y no quieren ser observada ni juzgada. Aprenden a reducir la ansiedad evitando las situaciones que les angustian, como las relaciones sociales, ir a sitios públicos, etc. Son poco conscientes de su problema, y por ello es muy difícil que consulten en un especialista por la pérdida de peso. Generalmente acuden al médico por malestares somáticas causados por la falta de alimentación.

h.- Causas de la Anorexia Nerviosa

No existe una única causa específica que desarrolle el trastorno, sino que es producto de la asociación de varios factores, que podríamos separar en 5 grupos principales:

- Factor Biológico (alimentario)
 - Factores de Vulnerabilidad Personal (Personales)
 - Factores Psicoemocionales
 - Factores Socioculturales.
 - Factores Familiares.
-
- ***Factores biológicos (Alimentario)***

Las Dietas

Por todos los medios la paciente trata de contener e impedir la toma de alimentos. Su forma exigente, caprichosa e irreductible, tanto para el tipo de alimento tolerado o “apetecido” - con preferencia compuestos de hidratos de carbono, dulces chocolate, etc.-, como para los excluidos o execrables. Otro tanto acontece con respecto a la cantidad, mínima y controlada.

Sin embargo, lo más sobresaliente será la gran diferencia que se da entre el hecho de comer CON LOS DEMAS manifestando en forma insistente “No puedo comer con, los demás en la mesa, siento que me miran y que piensan algo...”, añadiendo “ prefiero que me dejen sola, hacerlo aparte”. “ Y no es que no tenga ganas de comer, es que me da asco, no puedo, no lo trago, me dan nauseas, etc”, conjunto de expresiones que pueden resumir la vivencia mas significativa con que la paciente define la sensación detectada cuando se encuentra frente a la comida.

Al restringir la cantidad de alimentos que ingiere y negarse a comer, puede parecer que la jovencita rechaza esa expresión de amor de sus padres. Al hacerlo, no solo da muestras de autonomía respecto de los progenitores , sino también respecto de su propio cuerpo. Librada ya desde algún tiempo la batalla contra el impulso por comer, solemos oír que experimenta una sensación de regocijo, triunfo y gratificación similar a la experimentada por personas que han observado exitosamente una **dieta de hambre** .

La situación actual a favor de los regí menes es tal que la persona que es capaz de seguirlo recibe el reconocimiento de su entorno social. Sin embargo, esta conducta, que, en un principio, debería ser considerada inocua, pasa a generar un importante número de consecuencias negativas cuando la restricción reglada y controlada se convierte en abstención de la ingesta de alimentos, o en una combinación de períodos de restricción alimentaria con períodos de hiperfagia.

Esto nos llevaría al tema de las dietas mágicas y sus perjudiciales efectos. Es frecuente encontrar entre la población adolescente, aunque no exclusivamente, la difusión de dietas basadas en la supresión de determinados alimentos, o en la ingesta exclusiva de otros. (40)

Es por ello que ,el cuerpo con todas sus necesidades , en particular la de alimento, sigue invadiendo la conciencia de la paciente. En otras palabras el tema de la comida sigue preocupándola, acosándola y dictando así gran parte de sus actos.

- ***Factores Personales (de vulnerabilidad Personal)***

Existen factores individuales que pueden inducir a muchas muchachas a ser anoréxicas. Durante la adolescencia el pensamiento es

abstracto idealizado, radical que implica el someterse a unas medidas restrictivas poniendo en riesgo su propia vida.

Los déficit en la autoestima relacionados con un alto nivel de autoexigencia hace que el deseo de ser aprobadas por los demás por la apariencia externa puedan llevarlas a una conducta de dieta. El perfeccionismo y el autocontrol también son factores individuales que pueden inducir a la anorexia nerviosa.

Las pacientes con anorexia incrementan el **ejercicio físico** tanto en frecuencia como en intensidad. Dan largos paseos de kilómetros, suben siempre las escaleras, acuden a sus clases de danza o aeróbic, incluso estudian siempre de pie para gastar calorías. Otra característica es la dedicación excesiva al estudio o actividades profesionales como una conducta que forma parte de la necesidad de perfeccionismo, de logros , de éxitos. Podría ser una forma de justificar el progresivo aislamiento social que sufre.

Si bien es cierto la vulnerabilidad personal no es suficiente por sí mismo para producir la enfermedad , requiere de la asociación con otros factores que pueden presentarse de forma aislada o con la concurrencia de varias e ellos: experiencias de fracasos, conflictos interpersonales, cambios de colegio o de ciudad, pérdidas y duelo; ruptura de la homeostasis familiar; nuevas demandas del entorno a las que previamente estaban controladas, baja autoestima, enfermedad personal, sobre todo de tipo crónico o que afecta el esquema corporal; demandas propias del momento evolutivo (pubertad, gestación, etc) y sobre todo, la realización indiscriminada y descontrolada de dietas alimenticias. pueden desbordar a una persona con falta de madurez el inicio de la enfermedad.

Jeammet (1997) plantea que los contenidos referidos a la precaria tolerancia a la frustración, con la consiguiente expresión violenta al ser vivida como una clara amenaza a su propia identidad , hace que el sujeto

se vea impelido a destruir a quien amenaza . Es así que emerge sus características paradójicas internas : mientras que en su clara vivencia piensa en sobrevivir, realiza conductas que le llevan a la muerte de forma inexorable. (38)

- ***Factores Psicoemocionales***

Los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos, emocionales son causa o resultados de los trastornos del comer.

Personas con baja autoestima, no aceptarse como personas inseguras, demasiadas perfeccionistas , con autoexigencias muy altas , muy preocupadas por la opinión de los demás sobre si mismos constituyen un perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de los trastornos de alimentación.

Las representaciones con las que el sujeto – afecto se siente identificado o no identificado, mas bien contraidentificado ya por aspectos de su presente o actuales, ya por aspectos en su desarrollo correspondientes con su futuro, conllevan una carga emocional. Carga intensísima , muy fija persistente y difícilmente- cuando no, imposible_ de modificar. Ama , quiere desea estar delgada. Odia, ferozmente, angustiosamente, estar gorda. Y todo ello a partir de un determinado momento. La posición con sus respectivas cargas emocionales – de amor u odio- positivas para la delgadez, negativas para la gordura, no solo son intensísimas y extremadas_ entre el todo y la nada-, sino que a su vez se fijan mediante una constante y feroz lucha para impedir por cualquier medio_ incluido el vomito furtivo y provocado_ que la posición lograda_ delgadez- sea inamovible e irreductible.

El periodo de la adolescencia se caracteriza por los conflictos que se derivan de la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así

como de los esfuerzos por separarse de los padres y establecer su propia independencia .Todo ello implica para el individuo una profunda crisis que compromete las diversas áreas de su vida. Esto supone un cierto grado de desorganización de las estructuras previas de la personalidad, que hace vivir al sujeto períodos de confusión, **inestabilidad emocional y conductas contradictorias.**

- ***Factores Socio-Culturales:***

La Anorexia Nerviosa no puede entenderse sin un contexto de hábitos y valores socio - culturales que determinan y definen los estereotipos estéticos deseables que se deben seguir. Sin duda en el mundo occidental, en donde se nos muestra a la mujer delgada como sinónimo de éxito, este es un factor que cobra importancia, ya que a través de los medios ejerce mucha influencia sobre los jóvenes, pero a la vez nos da una oportunidad de realizar una gran labor preventiva

Rothenberg - A en Estados Unidos nos recuerda que la sintomatología psiquiátrica en general siempre ha sido influenciada por factores de la cultura y la sociedad .

Ser poco habilidosos en las relaciones sociales , constituye el perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

Los Medios de Comunicación

El culto a la delgadez, tan frecuente en las adolescentes y mujeres jóvenes de las sociedades desarrolladas, es alentado de forma abierta y escasamente ética, cuando no abiertamente peligrosa por los medios de comunicación, no sólo en los espacios publicitarios sino también en la programación habitual, desde los concursos hasta las series televisivas. Cualquier artículo que se anuncie en la televisión es protagonizado por

mujeres jóvenes, bellas y delgadas. Los anuncios de alimentos light van acompañados de comentarios como: sentirse mejor, estar más guapa, salud, todo te saldrá bien etc. que promueven en los niños y adolescentes una peligrosa asociación: delgadez-belleza-éxito-felicidad. Por otra parte, se ha sobre divulgado tanto la cuestión de los trastornos alimentarios desde los medios de comunicación, que se ha instalado en los adolescentes una "moda de la anorexia" con contagio, a través de la rivalidad y de la información, de comportamientos restrictivos y purgativos. (39)

Adelgazar sin esfuerzo también contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prenda de vestir, cosméticos, etc. Y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ello tiene ese aspecto yo también lo tendré" (a cualquier precio, aún el de la propia salud).

Además, en esta sociedad de consumo, el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito. Nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc., fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado. En la mujer la presión es mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Las anorexias y adolescentes valoran a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas.

La Moda

Las representantes del sexo femenino estén sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la mida con rigor y sin consideraciones. Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la

pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del género.

Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma más que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación. Mujeres jóvenes que logran la delgadez creen que han realizado una victoria cultural principal el superar tentaciones, mientras copian imágenes idealizadas por los medios de comunicación. La ropa está diseñada y modelada para cuerpos delgados a pesar del hecho de que pocas mujeres pueden usarlas con éxito. Las mujeres jóvenes más a riesgo de estas presiones culturales son aquellas cuyos sentidos de autoestima se basan en la aprobación externa y en la apariencia pero pocas mujeres son inmunes a estas influencias.

En el mundo de la moda imperan los modistas que tratan de extrapolar su ideal de belleza, basada en prototipos masculinos, a la ropa destinada a vestir a las mujeres con su consecuentes problemas de adaptación. Por ello hasta este momento han imperado en las pasarelas los cuerpos de modelos muy delgadas, habiéndose llegado a constatar que algunas de ellas han padecido Trastornos Alimentarios. En estas tiendas, y en otro orden de cosas, se exige como condición para formar parte de su plantilla de vendedoras ser delgada. Esto resulta discriminatorio, o al menos injusto, pues rechaza a personas que podrían tener en principio aptitudes comerciales, basándose en criterios de peso y talla. Los catálogos que estas tiendas utilizan junto con las vallas publicitarias en que se exhibe la ropa de la nueva temporada emplean la imagen de adolescentes extremadamente delgadas, lo que constituye un fuerte modelo de referencia para cualquier adolescente. (40)

- ***Factores Familiares***

La familia juega aquí un papel importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por el contrario la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes.

Las características familiares se definen por un problema de comunicación caracterizado porque las figuras parentales no asumen el liderazgo en el sistema familiar, estableciéndose una serie de alianzas y coaliciones “negadas”, no se asumen responsabilidades en la relación y no es extraño detectar la existencia de un claro divorcio emocional.

Es evidente para muchos expertos como Pomalima, Mara Selvini , Miguel Angel Martinez, Humphrey-LL ,etc ; que los factores emocionales negativos dentro de la familia u en otras relaciones íntimas posiblemente tanto hereditaria como ambiental, desempeñan una función importante en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos del comer. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden estar demasiado involucradas en la vida de sus hijos. Los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en los niños.

Rasgos de la Familia de una paciente Anoréxica:

La forma de organización y el funcionamiento de la familia se caracteriza por:

Aglutinamiento: los miembros de la familia están excesivamente implicados entre sí y se invaden mutuamente. Los límites interpersonales son difusos. La autonomía de cada uno de los miembros está comprometida y hay una confusión de roles.

Sobre protección: se preocupan constantemente unos por otros dando respuestas protectoras permanentes y sintiéndose responsables unos por otros.

Organización rígida: no quieren o no necesitan ningún cambio dentro de la familia. Las pautas se mantienen en forma inflexible.

No - resolución de conflictos: se evitan los conflictos, en vez de enfrentarlos, por lo tanto los problemas no son negociados ni resueltos.

Otras características que suelen estar presentes son:

- Atmósfera de inseguridad
- Aparente falta de conflicto, pero con mala relación entre los padres y una tensión subyacente.
- Padre que puede aparecer lejano, sin una relación afectiva con su hija y preocupado por las apariencias externas.
- Madre aparentemente "tradicional", que acepta su papel de esposa abnegada y sumisa, pero muchas veces frustrada en sus aspiraciones y víctima de medio intolerante y muy crítico.
- Espíritu de auto sacrificio.

i.- Consecuencias y/o Complicaciones :

Mortalidad: Es variable del 4 al 20 %, sobretodo si el peso es menor del 60 % de lo normal. El mayor riesgo se presenta en personas que han padecido esta enfermedad por más de 6 años, que eran obesas antes de convertirse en anoréxicas, con trastornos de la personalidad y matrimonios totalmente disfuncionales y la muerte ocurre principalmente por suicidio.

Cardiopatía: Es la complicación más frecuente ya que el corazón realiza bombeos anormales y peligrosos, que disminuyen el flujo de la sangre y la

presión arterial. Asimismo los músculos del corazón padecen hambre y pierden su tamaño.

Desequilibrio de electrolitos: Hay pérdida de minerales como potasio, calcio, magnesio y fosfato por la deshidratación que condiciona el ayuno.

Cambios hormonales y en la reproducción: La anorexia disminuye las hormonas necesarias para la reproducción humana, produce cambios en el tiroides y aumenta la hormona del estrés(cortisol). Puede haber esterilidad incluso después de que se trate a una mujer con anorexia ya que en casos severos la menstruación no se corrige en un 25%.Las mujeres que se embarazan antes de recuperar totalmente su peso pueden tener abortos espontáneos y si el embarazo llega a término el producto puede tener defectos congénitos. En niños y adolescentes con anorexia se puede presentar retraso del crecimiento porque disminuye la hormona del crecimiento.

Osteoporosis: Se puede presentar por pérdida de minerales en los huesos, niveles bajos de estrógenos y por el aumento de la concentración de hormonas esteroideas.

Alteraciones neurológicas: Las personas con anorexia severa pueden sufrir alteraciones nerviosas y presentar crisis convulsivas (ataques epilépticos), pensamientos desordenados, hormigueos, pérdida de sensibilidad y en los niños y adolescentes puede ocurrir daño cerebral permanente.

Alteraciones sanguíneas: Se presenta Anemia perniciosa por deficiencia de Vitamina B12 y si la anorexia es muy severa la médula ósea reduce la producción de Hb.

Niveles bajos de azúcar en sangre: A esta condición se le conoce como hipoglicemia y ocurre sobretodo en personas que también padecen diabetes.

Alteraciones gastrointestinales: Puede ocurrir distensión del abdomen o estreñimiento. (41)

j.- Indicadores de alarma de Anorexia Nerviosa

BIOLÓGICOS

- I.M.C. bajo, detención del crecimiento, amenorrea.
- Bradicardias, arritmia.
- Hipercolesterolemia, hipoglicemia, hiperamilasemia.
- Hipertrofia parótida y salivar.
- Trastornos electrolíticos, osteoporosis, T3 baja.

PSICOLÓGICOS :

- Intensa adhesión al estereotipo.
- Perfeccionismo, autoexigencia alta.
- Baja autoestima, metas altas.
- Cogniciones erróneas relativas a dieta y peso.
- Preocupación excesiva y comentarios frecuentes sobre el peso, el talle, la balanza, el centí metro, aspecto físico , etc.
- Largos períodos frente al espejo.
- Preocuparse de manera excesiva y frecuente por el cuerpo o la figura
- Pesarse con frecuencia.
- Mostrar un interés exagerado por la publicidad sobre productos para adelgazar.
- Oposicionismo y amenazas.
- Se tiene mucho interés por todo lo que está relacionado con el mundo de la moda, las modelos o bailarinas de ballet.

- Preocuparse en exceso cuando otras personas le hacen algún comentario sobre el aspecto físico.
- Considerar que el aspecto físico tiene mucho valor como medio para conseguir el éxito en cualquier área de la vida.
- Pérdida del autocontrol.

CONDUCTUALES :

- Cambios dietéticos, rechazo de la dieta normal, actitudes raras frente a la comida como contar calorías de los alimentos.
- Discusiones o excusas a la hora de comer.
- Comidas distintas del resto.
- Utilización de alimentos diet.
- Vergüenza de comer frente a otros.
- Dietas a repetición, a veces ayunos.
- Consumo de productos "naturales adelgazantes".
- Saltear y achicar porciones de alimentos.
- Modificar las costumbres alimenticias.
- Seguir dietas restrictivas, reducir la cantidad de comer.
- Saltarse las comidas.
- Evitar de manera continuada tomar ciertos alimentos .
- Consumir productos bajos en calorías o ricos en fibra.
- Cambios bruscos de conducta, humor y hábitos.
- Conducta desordenada, irritabilidad.
- Falta de habilidades sociales, aislamiento, relaciones sociales condicionadas al peso.
- Pérdida del autocontrol, oposicionismo y amenazas .

7.6- PRINCIPIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA NERVIOSA)

- Ü La alimentación infantil es ALGO MAS que el mero balance calórico-proteico correcto.
- Ü Saber introducir el aspecto relacional I, interactivo y cultural desde el principio de las consultas por alimentación, desde la etapa de bebés, es realizar prevención precoz.
- Ü Evitar la normas rígidas en torno a la alimentación infantil, (horarios, dieta estricta, etc) con el fin de favorecer la interacción.
- Ü Huir de los alarmismos y exageraciones (anemias, raquitismos, etc) ante cualquier rechazo alimenticio).
- Ü NO AMENAZAR ni a la madre ni al niño/a. Saber tolerar la desviaciones culturales y corregirlas con suavidad, con el fin de conseguir la colaboración.
- Ü ESCUCHAR Y CONTENER las ansiedades de las familias en torno a la alimentación. No hay que olvidar que el desarrollo de la función materna esta muy ligado a la alimentación, ya que la madre es la que compra los alimentos, los prepara cocina, distribuye, etc.
- Ü Evitar las fijaciones alimentarias
- Ü Evita formulas y tópicos hechas en torno a la alimentación, individualizar lo mas posible, con el fin de que se contextualice nuestras orientaciones.
- Ü REGULAR RACIONALMENTE la composición y duración de cada comida y la distribución de ella.
- Ü Señalar que los caprichos alimenticios son efecto de la comodidad de las familias y fuente de obtención de beneficios secundarios para los niños/as, es decir EL GUSTO ALIMENTICIO ES EDUCABLE.
- Ü Los domicilios familiares no deben ser ni restaurantes, ni las madres son cocineras.
- Ü El acto de la comida NO debe ser un martirio

- Ü Dar tiempo al niño/a y darse tiempo para los cambios y acomodaciones (EJM. El apetito no tiene por que ser constante).
- Ü NO INICIAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO de entrada ante cualquier trastorno de la alimentación(por ejm. Evitar los estimulantes de apetito, etc). (43)

7.7.- ROL DE LA ENFERMERA

En las últimas décadas, la enfermera ha avanzado con decisión para definir su perfil profesional, en concordancia con los cambios del sistema de salud y de la realidad.

Las enfermeras en el futuro deberán desarrollar sus competencias, encaminando sus mayores esfuerzos para lograr que la atención de salud llegue fundamentalmente a las personas con menos recursos económicos, dando énfasis a la educación en salud, a la prevención y al autocuidado, además la atención se hará en el hogar, la escuela, lugares de trabajo y otros ámbitos de la comunidad .En síntesis la enfermera desarrollará con mayor intensidad su labor en el primer nivel de atención, utilizando sus reconocidas habilidades y conocimientos para promover la salud y prevenir la morbilidad, participando más activamente en el equipo interdisciplinario a fin de valorar la situación de salud y ejecutar los planes con los recursos disponibles y poder asegurar la calidad de la atención directa de Enfermería como meta prioritaria de la profesión.

En el nivel de prevención, la enfermera es capaz de valorar la situación del individuo, familia y comunidad en relación a los factores de riesgo existentes en el medio ambiente natural y social, planificando, ejecutando y evaluando programas y proyectos de salud conducentes a controlar y disminuir los factores de riesgo a fin de disminuir la morbi-mortalidad.

Según la OPS/OMS, los países deben elaborar proyectos o programas de extensión de la cobertura de servicios de salud y de mejoramiento del ambiente. Los programas de salud deben contar con la participación de la comunidad quien debe reconocer los riesgos a los cuales está expuesta y los deberes y derechos que eso conlleva. En la línea de participación comunitaria está la estrategia de Atención Primaria, impulsado por la OPS / OMS, con un enfoque preventivo y participativo que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y a disponer de información adecuada, ejerciendo deberes y derechos sobre la protección, conservación y recuperación del ambiente y la salud.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.-

La atención primaria de la salud es la estrategia para alcanzar la meta salud para todos, es un medio práctico para poner al alcance del individuo y familia la asistencia de salud indispensable, aceptable y proporcionada a sus recursos con plena participación de la comunidad.

Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta servicios preventivos, curativos y de rehabilitación y de fomento de la salud. Estos servicios deben comprender como mínimo:

- Promoción de una nutrición adecuada.
- Abastecimiento suficiente de agua potable.
- Saneamiento Básico.
- Inmunizaciones
- Salud Madre y Niño, incluida la planificación familiar.
- Tratamientos adecuados.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Educación sobre problemas de salud y prevención.

La atención primaria, aunque sencilla, es fundamental para la salud y el desarrollo poblacionales, y se puede cumplir en cualquiera de los niveles de prevención, considerando sus características; así como especialmente, en el Primer nivel de atención.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR ENFERMERIA

- Valorar la salud integral del individuo, familia y comunidad; incluyendo hábitos y creencias.
- Dar atención directa al individuo, familia y comunidad
- Vigilar el proceso salud enfermedad
- Mantener la vigilancia epidemiológica
- Capacitar al individuo, grupo familiar y comunidad
- Capacitar grupos tradicionales y voluntarios.
- Propiciar el mejoramiento del ambiente y del estado de salud de la población.
- Involucrar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones
- Evaluar permanentemente los resultados de la atención Primaria de Salud.

8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

a. Conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa

Son todas aquellas manifestaciones o formas de comportamiento referidas por las escolares sobre la Anorexia Nerviosa, las que al ser ejecutadas con intencionalidad y cierta regularidad, conciente o no aumenta la probabilidad de desencadenar el desarrollo de la Anorexia. Todo ello manifestada por la adopción de formas de comportamiento relacionados a la esfera alimentaria,

personal, psicoemocional, sociocultural y familiar. Los cuales serán obtenidos mediante una encuesta y valorado en alto, medio , bajo riesgo y sin riesgo. (ANEXO A).

b.- Escolares

Son todas aquellas estudiantes púberes y adolescentes de sexo femenino correspondientes a las edades de 11 a 14 años de edad.

CAPI TULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de **nivel** Aplicativo , **tipo** Cuantitativo , ya que se presta para la medición y cuantificación de la variable en estudio.

2.- MÉTODO A USAR

El Método es descriptivo , de corte transversal ya que nos permitirá obtener información sobre las conductas de riesgo hacia la anorexia en un determinado tiempo y espacio.

3.- DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el C.E Parroquial Santa Rosa de Lima, ubicada en la Av. El Sol, perteneciente al sector I , grupo 10 del distrito de Villa el Salvador , Lima – Perú. Dicha institución ofrece los servicios de educación primaria y secundaria . Cuenta con sólo turno mañana (8:00 am – 1:00 pm) contando con las secciones de “A, B y C” con un promedio de 30 estudiantes por aula .

La infraestructura es de material noble y de dos niveles, cuenta 28 secciones, la dirección, el aula de secretaria, dos patios amplios, el departamento de psicología, el aula de música, el laboratorio y los servicios higiénicos.

4.- POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas las escolares de sexo femenino pertenecientes al sexto grado de primaria y del primero al tercer año de secundaria constituyendo un promedio de 140 escolares correspondientes al turno mañana del C.E Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador.

En cuanto a los **criterios de inclusión**, tenemos :

- Estudiantes de sexo femenino.
- Edades de 11 a 14 años de edad .
- Con residencia en el distrito de Villa el Salvador .
- Que acepten participar en el estudio.

En cuanto a los **criterios de exclusión**, tenemos :

- Estudiantes de sexo masculino.
- Estudiantes que **NO** pertenezcan a las edades de 11 a 14 años de edad .
- Estudiantes que **NO** pertenezcan al distrito de Villa es Salvador.
- Que **NO** acepten participar en el estudio.

5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo Escala de Lickert el cual constaba de : presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos de las escolares, con 46 proposiciones entre

positivas y negativas diseñado en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores. (**ANEXO C**).

6.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a **VALIDEZ** de contenido y constructo , a través de la prueba de **Juicio de Expertos (Prueba Binomial)** constituido por **9** personas; de las cuales: **1** era enfermera del INSM-HDHN, **3** eran enfermeras docentes de la UNMSM, **2** estadistas, **2** psicólogas docentes de la UNMSM y **1** psicólogo del hospital Rebagliati, quienes dieron las sugerencias respectivas que fueron tomados en cuenta para su modificación; permitiendo así realizar los reajustes pertinentes antes de su aplicación. (**ANEXO D**)

Para establecer la validez estadística se procedió a determinar el poder discriminativo de cada ítem aplicando la prueba del Item-Test “**r de Pearson**” cuya fórmula es:

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

N = Un número de personas

X = Puntaje obtenido por una persona en un ítem.

X² = Puntaje obtenido por una persona en un ítem al cuadrado

Y = Puntaje obtenido por una persona en todo el instrumento.

Y² = Puntaje obtenido por una persona en todo el instrumento al cuadrado

Lográndose obtener **35 ítems válidos**. (**ANEXO E**)

Para la **CONFIABILIDAD** o consistencia interna del instrumento se determinó la varianza a cada ítem y se sumó todos estos valores obteniéndose así la varianza total. (**ANEXO F**)

Luego se determinó la Prueba de **Alfa de Crombach** para determinar la confiabilidad del ítem e instrumento en general :

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right) = 0.95$$

K = Número de ítem.

S_i² = Sumatoria de las Varianzas de cada ítem .

S_t² = Varianza de los puntajes totales .

Este valor indica que el instrumento tiene una confiabilidad del **95%** con un error de 5% . (**ANEXO G**).

7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de la recolección de los datos, estos fueron procesados en forma mecánica, previa elaboración de una Tabla de Códigos y una Tabla Matriz para su presentación en las respectivas Tablas estadísticas y para su análisis e interpretación de acuerdo a la base teórica . (**ANEXO I , J , K**).

La escala tipo lickert modificado se realizó en base a la escala ordinal de valoración de datos, cuya puntuación para cada uno de los ítem fue de la siguiente manera:

Afirmaciones **positivas**:

Nunca	1 pto.
Algunas veces	2 ptos
Muchas veces	3 ptos.

Afirmaciones **Negativas** :

Nunca	3 ptos.
Algunas veces	2 ptos
Muchas veces	1 pto.

La **Medición de la Variable** de estudio : “**Conductas de Riesgo hacia la Anorexia Nerviosa** ” se trabajó utilizando la sumatoria de los puntajes máximos y mínimos obteniéndose :

PUNTAJE GENERAL	
ALTO RIESGO	82 - 105
MEDIANO RIESGO	59 - 81
BAJO RIESGO	36 - 58
SIN RIESGO	< 35

En cuanto a la medición de la variable según dimensiones :

- En el **aspecto Alimentario**

ASPECTO ALIMENTARIO	
ALTO RIESGO	22 - 27
MEDIANO RIESGO	16 - 21
BAJO RIESGO	10 - 15
SIN RIESGO	< 9

- En el **aspecto Personal**

ASPECTO PERSONAL	
ALTO RIESGO	17 - 21
MEDIANO RIESGO	12 - 16
BAJO RIESGO	8 - 11
SIN RIESGO	< 7

- En el **aspecto Psicoemocional**

ASPECTO PSICOEMOCIONAL	
ALTO RIESGO	24 - 30
MEDIANO RIESGO	17 - 23
BAJO RIESGO	11 - 16
SIN RIESGO	< 10

- En el **aspecto Sociocultural**

ASPECTO SOCIOCULTURAL	
ALTO RIESGO	10 - 12
MEDIANO RIESGO	7 - 9
BAJO RIESGO	5 - 6
SIN RIESGO	< 4

- En el **aspecto Familiar**

ASPECTO FAMILIAR	
ALTO RIESGO	12 - 15
MEDIANO RIESGO	9 - 11
BAJO RIESGO	6 - 8
SIN RIESGO	< 5

El número y porcentaje de los valores obtenidos se anotaron en las categorías correspondientes. Posteriormente los datos fueron presentados en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación de acuerdo a la base teórica. (ANEXO L)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en relación a los niveles de conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa, tenemos que :

De un total 140 (100%) estudiantes, 71 (51%) de ellos pertenecen a las edades que oscilan entre los 11 y 12 años de edad mientras que el 69 (49%) de ellos pertenecen a las edades que oscilan entre los 13 y 14 años de edad.

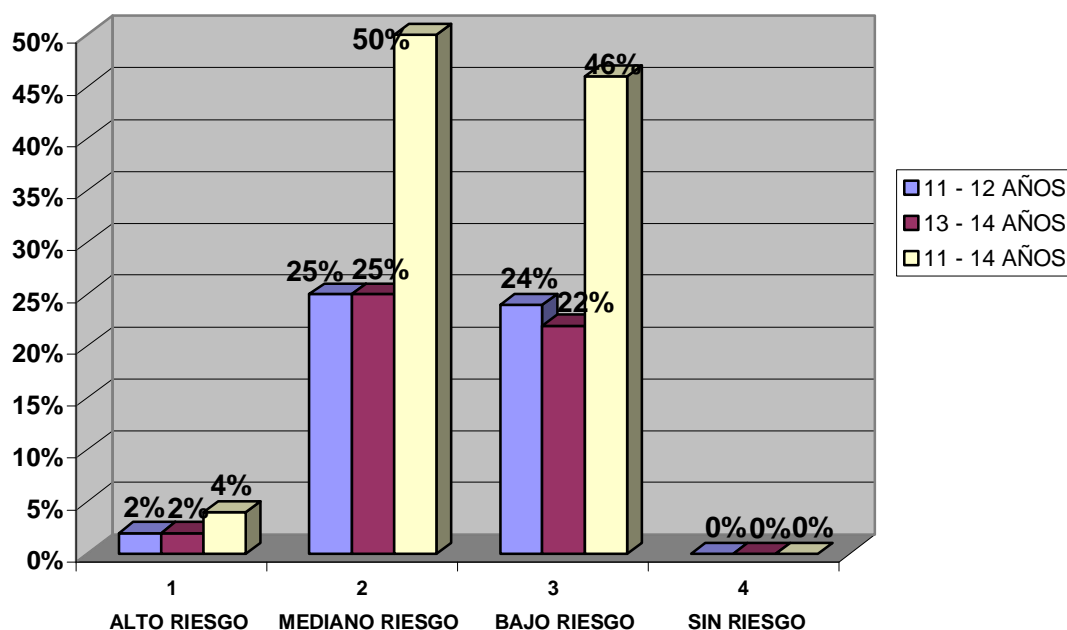
(ANEXO M)

La población joven del mundo occidental tiende a homogeneizarse, con similar formación escolar e iguales intereses culturales: Moda, música, cine, etc y se puede decir que el grupo de riesgo para la anorexia nerviosa ha aumentado de forma espectacular al englobar a toda la población femenina adolescente frente a la presión de estereotipos culturales “ La cultura de la delgadez y el éxito a través de una figura atractiva .”

Por lo que podemos deducir que existe una cantidad casi equitativa de escolares en ambos grupos etáreos , siendo mayor en las edades precoces de 11 a 12 años de edad ,que resultan ser susceptibles a presentar estos tipos de trastornos alimentarios como es la Anorexia Nerviosa .

GRÁFICO Nº 01

**NIVELES DE CONDUCTAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA
SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL
SANTA ROSA DE LIMA - VILLA EL SALVADOR
LIMA - PERU
SET-OCT 2003**



Fuente: Instrumento aplicado a escolares del C.E.P S.R.L – V.E.S

En cuanto a los **Niveles de conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa** tenemos que de un total de 140 (100%) escolares , 75(54%) de ellos presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO relacionado a la adopción de conductas psicoemocionales, personales, alimetarias, familiares y socioculturales respectivamente (**ANEXO O**) . Así tenemos que el 84 (60%) de escolares de 11 a 14 años presentaron niveles de conductas psicoemocionales de **alto y mediano** riesgo, seguida de las personales (59%). En las escolares de 11 a 12 años de

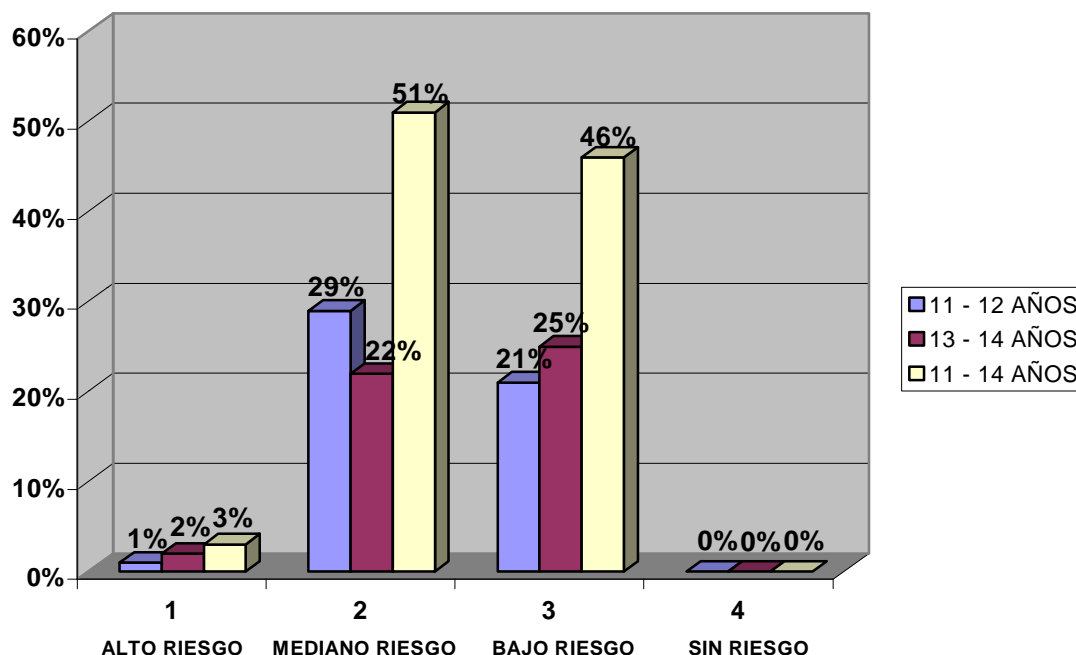
edad, el (30%) presentaron conductas alimentarias de **alto y mediano** riesgo seguida de las personales (29%). De las escolares de 13 a 14 años de edad , el (32%) presentaron conductas psicoemocionales de **alto y mediano** riesgo, seguida de las personales **(ANEXO P)** .

Respecto a los niveles de conductas de riesgo hacia la anorexia nerviosa tenemos que según el Dr. Rolando Pomalima son trastornos de la conducta alimentaria que se vienen convirtiendo en estos últimos años en un problema de salud pública llegando a constituirse en una epidemia de nuestros tiempos modernos observándose a la vez que las edades de inicio son cada vez más precoces, incluso antes de la pubertad quienes a su vez, influenciados por los patrones de moda y estética actuales imponen una delgadez a toda costa y cuya problemática no es exclusiva de niveles socioeconómicos altos , tal como también lo describen Hartley, Albornoz y Castro. Así mismo se sabe que no es propio de la adolescencia tal como lo describe la Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal N° 1 de Nezahualcayotl (México), ya que se pueden presentar en las diversas etapas de la vida. De igual manera, Miguel Ángel Marí nez sostiene que existen 3 factores principales que inducen a la anorexia: comer en solitario, estado civil de los padres y medios de comunicación; afectando no solo al individuo sino también la homeostasis familiar.

Por lo expuesto se puede deducir que la **mayoría** de las escolares de **11 a 14 años** de edad presentaron niveles de conductas de **ALTO Y MEDIANO RIESGO** hacia la anorexia nerviosa; relacionado a una mayor tendencia en la adopción de conductas psicoemocionales de riesgo seguida de las personales y alimentarias; siendo en las escolares de 11 a 12 años, la mayor adopción de conductas alimentarias y personales de **alto y mediano** riesgo, mientras que en las escolares de 13 a 14 años la mayoría presentaron conductas psicoemocionales y personales de **alto y mediano** riesgo ; los cuales podrían deberse a la misma etapa de desarrollo por la que están pasando pues los conflictos por la que atraviesan implican una profunda crisis que repercuten negativamente en su calidad de vida induciéndolas de esta manera a adoptar conductas de riesgo que a la larga pueden desencadenar la anorexia nerviosa.

GRÁFICO Nº 02

NIVELES DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA - V.E.S LIMA - PERU SET-OCT 2003



Fu

ente: Instrumento aplicado a escolares del C.E.P S.R.L – V.E.S

En relación a los **Niveles de conductas alimentarias de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa**; tenemos que, de 140 (100%) escolares, el 76(54%) presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO; relacionado a la adopción de conductas de riesgo como: **“Procuro consumir alimentos con pocas grasas y calorías”**, “Cuando quiero ,dejo de desayunar ,almorzar ó cenar para bajar de peso”, “Me siento culpable después de comer”, “Siento que los alimentos controlan mi vida” y **“Consumo poca comida con la intención de bajar de peso”** prioritariamente, constituyendo esta primera y última afirmación con la frecuencia de **muchas veces** , una mayoría en escolares de 11 a 12 años; quienes a su vez llegaron a un 30% en estos niveles de alto y mediano riesgo (**ANEXO Q - R**). Registrando también expresiones como: “Una gorda nunca

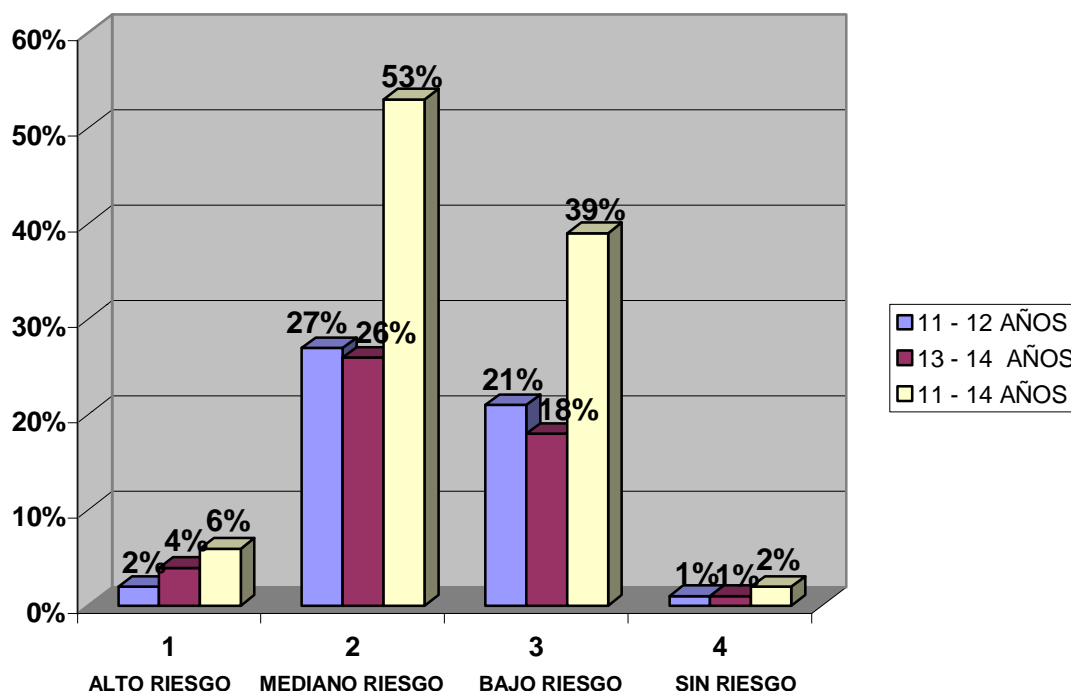
es recibida en ningún lugar”, “Quiero sentirme mejor flaca y no gordita”, “A veces no como o tomo pura agua hasta sentir que voy a explotar”, “vi a mi mamá y seguí su ejemplo”, etc. (**ANEXO S**).

Respecto a los niveles de conductas alimentarias de riesgo hacia la anorexia nerviosa; tenemos que, por todos los medios estas chicas tratan de impedir la toma de alimentos, siendo exigente tanto para el tipo de alimento tolerado como para los execrables, tal como lo describe Gastón Agurto quien sostiene que el primer signo de alarma lo dan las alumnas con sus conductas de dieta; sin embargo, estas conductas que en un principio deberían ser consideradas inocuas pasan a generar importante un número de consecuencias cuando la restricción reglada y controlada se convierte en abstención frecuente y permanente de la ingesta de alimentos. Esto nos llevaría al tema de las dietas mágicas y sus perjudiciales efectos. A veces estas informaciones les llegan desde las dietas que suelen utilizar sus propias madres o profesoras. También los mensajes publicitarios van a ayudar a que estas conductas erróneas se consideren una obligación.

Por lo que se puede deducir que un porcentaje mayoritario de escolares de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de conductas de ALTO Y MEDIANO RIESGO hacia la Anorexia Nerviosa relacionado a la **calidad** y restricción de alimentos, sentimientos de culpa surgidos después de comer, control hacia los alimentos y **cantidad** de alimentos consumidos, prioritariamente. De estos niveles; la mayoría (30%) correspondieron a las edades precoces de 11 a 12 años, con una mayor frecuencia en la calidad y cantidad de alimentos consumidos. Siendo todas estas escolares, quienes influenciadas por múltiples factores que afectan su condición física, se ven impulsadas a adoptar conductas que ponen en riesgo su salud.

GRAFICO Nº 03

**NIVELES DE CONDUCTAS PERSONALES DE RIESGO HACIA LA
ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL
C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA - V.E.S
LIMA - PERU
SET - OCT 2003**



Fuente: Instrumento aplicado a escolares del C.E.P S.R.L – V.E.S

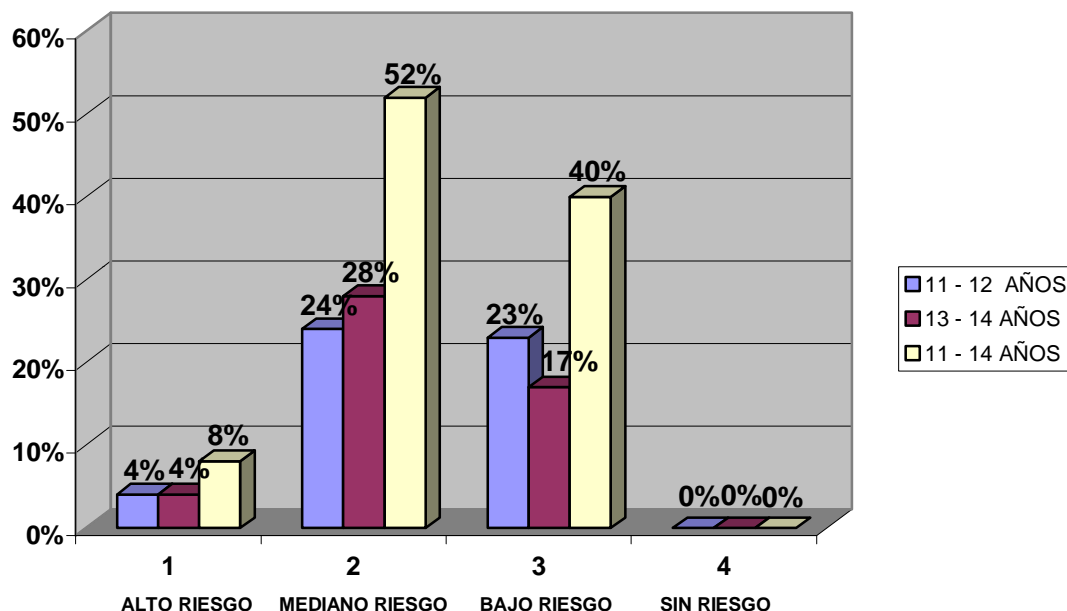
Acerca de los **Niveles de conductas personales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa** , encontramos que de un total de 140 (100%) escolares, el 82 (59%) presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO, relacionado a la adopción de conductas de riesgo como: **“Vivo momentos críticos y difíciles en mi Vida”**, **“Pienso que el aspecto físico es muy importante para conseguir el éxito”** , “Hago ejercicios para bajar de peso “ y “prefiero estar extremadamente delgada que estar sana”, prioritariamente; siendo estas 2 primeras afirmaciones, en la frecuencia de **muchas veces** , una **mayoría** en las escolares de 11 a 12 años de edad; quienes a su vez constituyeron un 27% en el nivel de mediano riesgo (**ANEXO T - U**).

Respecto a los niveles de conductas personales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa tenemos que, existen factores individuales que pueden inducir a las muchachas a ser anoréxicas; durante la adolescencia el pensamiento es idealizado y radical que implica someterse a unas medidas restrictivas poniendo en riesgo su propia vida, tal como lo sostiene Jeamet quien sostiene que la poca tolerancia a la frustración vivida como una amenaza a su propia identidad impulsa al sujeto a destruir a quien lo amenaza siendo paradójicos: mientras piensa en sobrevivir realizan conductas que lo llevan a la muerte, incrementando así el **ejercicio físico** tanto en frecuencia como en intensidad, suben siempre las escaleras, o acuden a sus clases de danza, aeróbic, etc. Si bien es cierto la vulnerabilidad personal no es suficiente por sí mismo para producir la enfermedad , requiere de la asociación con otros factores: experiencias de fracasos, conflictos interpersonales, cambios de colegio o de ciudad, pérdidas y duelo; ruptura de la homeostasis familiar, baja autoestima y enfermedad personal que pueden desbordar a una persona con falta de madurez el inicio de la enfermedad.

Por lo tanto , podemos deducir que existe un número mayoritario de escolares de 11 a 14 años con niveles de conductas personales de ALTO Y MEDIANO RIESGO hacia la Anorexia Nerviosa, relacionado a la adopción de conductas como: **experiencias estresantes, aspecto físico**, hiperactividad y preferencias, prioritariamente ; siendo estas dos primeras proposiciones una frecuencia mayoritaria de MUCHAS VECES en escolares de 11 a 12 años, quienes a su vez representaron una mayoría en el nivel de **mediano riesgo**; constituyendo así a una situación de riesgo por cuanto puede conllevar a que estas escolares abandonen o adopten conductas que van en contra de autocuidado poniendo en riesgo su calidad de vida y su salud.

GRÁFICO Nº 04

NIVELES DE CONDUCTAS PSICOEMOCIONALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA - V.E.S LIMA – PERU SET - OCT 2003



Fuente: Instrumento aplicado a escolares del C.E.P S.R.L – V.E.S

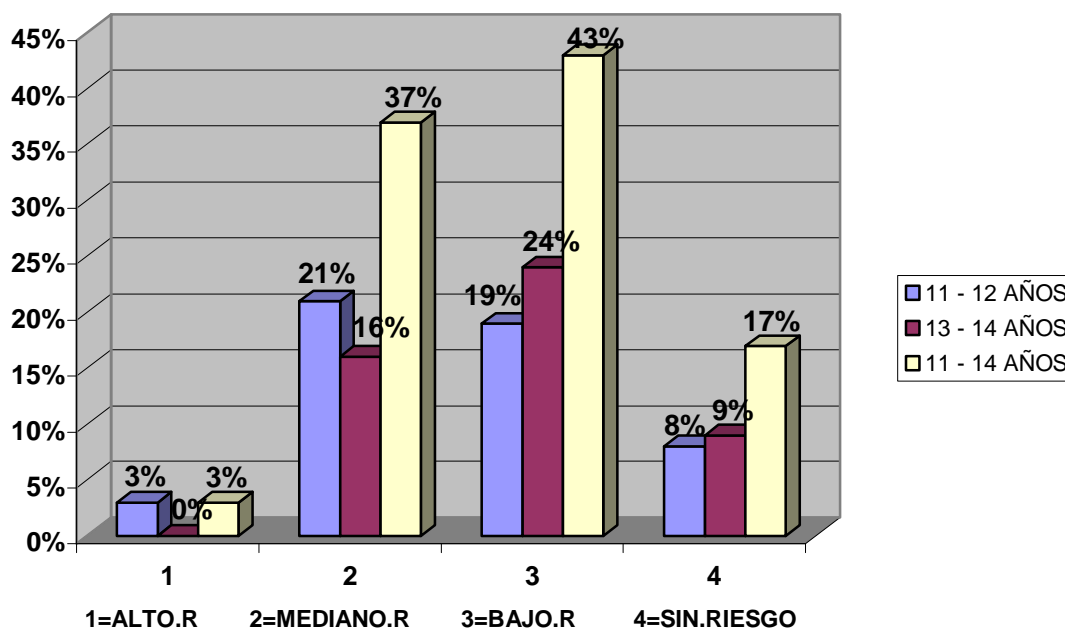
Respecto a los **Niveles de conductas psicoemocionales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa**; tenemos que, de 140 (100%) escolares , el 83 (60%) presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO, relacionados a la adopción de conductas de riesgo como: “Mi principal miedo es engordar” , “Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario” , “Pienso que las personas delgadas tienen mayor aceptación por los demás” , **“Permanezco largo tiempo mirándome frente al espejo”**, **“Me siento insegura para decidir o hacer algo”**, **“Dicen que estoy insoportable”**, prioritariamente. Constituyendo estas 3 últimas afirmaciones con la frecuencia de muchas veces, una mayoría en escolares de 11 a 12 años de edad. Con un 32% de escolares de 13 a 14 años pertenecientes a estos niveles de alto y mediano riesgo. **(ANEXO V – W)**

Respecto a las conductas Psicoemocionales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa tenemos que , la **anorexia** normalmente se inicia en la **pubertad** , ya que se trata de una etapa del desarrollo que entraña y exige cambios muy grandes. Muy rara vez la niña está preparada para ese desarrollo (al menos emocionalmente) y presenta con suma frecuencia un cuadro de ambivalencia extrema llena de contradicciones. Así como lo describe la Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal N° 1 de Nezahualcayotl (México), quien sostiene que la anorexia nerviosa está en relación con las transformaciones de la pubertad, siendo un conflicto corporal y no estrictamente de la función alimentaria. Pero tanto el aspecto físico como los emocionales no son más que uno de los frentes en que la adolescente debe librar batalla con los cambios, implicando una profunda crisis que compromete diversas áreas (mental, cuerpo y exterior); por lo que a pesar de estar afectadas uno de ellos, siempre están todas afectadas viviendo periodos de confusión, inestabilidad emocional y conductas contradictorias. En estas jóvenes existe un conflicto de identidad, que la conllevan a una carga emocional intensísima: Ama quiere, desea estar delgada. Odia angustiosamente estar gorda. Esta posición, no sólo son extremas sino que se fijan en una feroz lucha para lograr que la delgadez sea irreductible.

Por lo que se concluye que un porcentaje mayoritario de escolares presentaron niveles de conductas psicoemocionales de **alto y mediano riesgo** hacia la anorexia nerviosa, relacionados a: temores, imagen corporal , auto valoración , **auto aceptación, inseguridades y actitudes irritables** prioritariamente; constituyendo estas tres últimas, una frecuencia mayoritaria de MUCHAS VECES, en escolares de 11 a 12 años. Representando así una mayoría de escolares de 13 a 14 años en los niveles de alto y mediano riesgo. Por lo que pueden repercutir negativamente en la adopción de conductas de riesgo que pueden desencadenar la anorexia nerviosa.

GRÁFICO Nº 05

NIVELES DE CONDUCTAS SOCIOCULTURALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA - V.E.S LIMA - PERU SET - OCT 2003



Fuente: Instrumento aplicado a escolares del C.E.P S.R.L – V.E.S

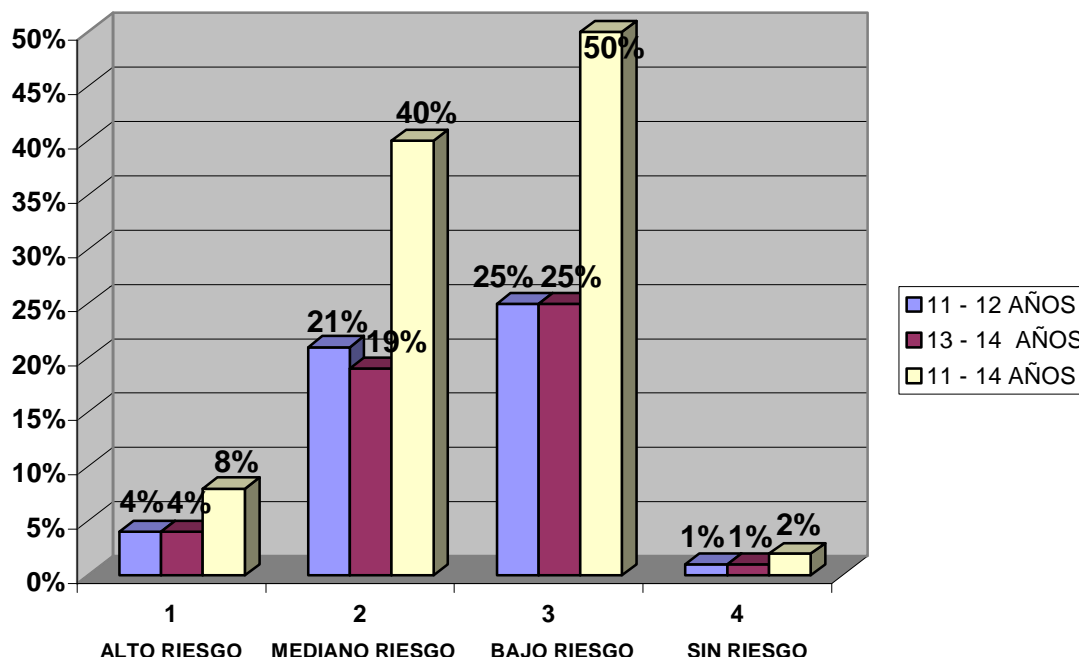
Sobre los **Niveles de conductas socioculturales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa** tenemos que de un total de 140 (100%)escolares, 55 (40%) presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO, relacionado a la adopción de conductas de riesgo como : “Tengo dificultades para relacionarme con los demás”, “Mi principal tema de conversación se relaciona al peso, aspecto físico y alimentación” y “Evito reuniones porque en ellas tengo que comer”, prioritariamente. Siendo **todas** estas afirmaciones con la frecuencia de muchas veces, una mayoría en escolares de 11 a 12 años de edad. De estos niveles de **alto y mediano riesgo**, el 33 (24%) estuvo conformado por escolares de 11 a 12 años de edad, mientras que en las escolares de 13 a 14 años de edad, el 22 (16%) presentaron **SÓLO** MEDIANO RIESGO. (**ANEXO X - Y**)

Los niveles de conductas socioculturales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa está dado por la presión social y los estereotipos culturales que induce a las jóvenes estar delgadas. Los medios de comunicación especialmente la T.V venden la idea de que estar delgado va asociado a felicidad, éxito laboral, belleza, éxito en las relaciones sociales y una mejor calidad de vida. El resultado es que las mujeres se encuentran bajo presión para someterse al ideal de belleza y sus oportunidades sociales se ven fuertemente afectadas, contribuyendo así a un aislamiento social; tal como lo describe Albornoz Muñoz, quien sostiene que estas chicas antes de enfermar se caracterizaban por ser retraídas, de pocos amigos, evitantes del sexo opuesto y de reuniones sociales determinando así un perfil psicológico que conforma un caldo de cultivo adecuado para este tipo de patologías. De igual manera Martínez y Cervera sostiene que el mayor uso de determinados medios de comunicación como revistas juveniles centradas en la moda, belleza, etc. O algunos programas de radio duplican el riesgo de presentar anorexia nerviosa.

Por lo expuesto, se deduce que existe un **porcentaje considerable** de escolares de 11 a 14 años de edad que presentaron niveles de conductas socioculturales de ALTO Y MEDIANO RIESGO hacia la Anorexia Nerviosa, siendo mayor en las edades precoces de 11 a 12 años que en las de 13 a 14. Relacionados a la adopción de conductas de riesgo en: las relaciones interpersonales, interés publicitario y asistencia a reuniones sociales prioritariamente; los cuales constituyeron, con la frecuencia de muchas veces, una mayoría en escolares de 11 a 12 años de edad. Con una mayor influencia negativa de la TV, libros y revistas. Situación que aunado a diversos factores las puede conllevar a adoptar conductas que merman su calidad de vida poniendo en riesgo su salud conllevándolas a un gran riesgo de presentar anorexia nerviosa (**ANEXO BB**).

TABLA Nº 06

NIVELES DE CONDUCTAS FAMILIARES DE RIESGO HACIA LA
ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL
C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA - V.E.S
L I M A - P E R U
S E T - O C T 2003



Fuente: Instrumento aplicado a escolares del C.E.P S.R.L – V.E.S

En relación a los **Niveles de conductas familiares de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa**; tenemos que, de 140(100%) escolares, el 67(48%) presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO relacionado a la adopción de conductas de riesgo como: “Siento que mis padres se entrometen demasiado en mi vida”, “Discuto con mis padres debido a mi alimentación” y “Mi familia da mucha importancia a la apariencia física” prioritariamente. De estos niveles de **alto y mediano riesgo**, el 35 (25%) estuvo conformado por escolares de 11 a 12 años de edad, a diferencia del 32 (23%) de escolares de 13 a 14 años de edad. (**ANEXO Z – AA**).

Los niveles de conductas familiares de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa está dado por la influencia del ambiente familiar porque el hogar es el medio social

y físico donde se socializan las comidas . La función de la alimentación de los hijos juega un papel muy importante en los padres desde muy pequeños y por lo tanto, la disminución de la ingesta alimenticia por parte del hijo desencadena una fuerte ansiedad en la familia. Es por ello que la familia juega aquí un papel importante; tal como lo describe la Escuela Preparatoria Oficial Anexa a la Normal N° 1 de Nezahualcayotl (México), quien sostiene que no debemos culpar únicamente a los medios de comunicación o a la sociedad, pues este trastorno se origina principalmente en la familia. Del mismo modo Albornoz Muñoz sostiene que los pacientes provenían de una gran disfunción familiar. A veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando la falta de habilidades para tomar decisiones mas importantes. El miedo al rechazo social puede ser consecuencia de un aspecto físico que no se ajusta al ideal . Estos miedos se atenúan si se cuentan con un ambiente familiar atento a las necesidades de los hijos, positivo que proporcione seguridad, consejo y apoyo sin caer en la sobreprotección.

Por lo que podemos evidenciar que existe un **porcentaje considerable** de escolares de 11 a 14 años de edad que presentaron niveles de conductas familiares de **ALTO Y MEDIANO RIESGO** hacia la Anorexia Nerviosa, relacionado a : la **intromisión de los padres en la vida de sus hijos** , discusiones de padres a hijos y apariencias ante la sociedad, prevaleciendo lo primero como mayor problema en estas escolares. Constituyendo en estos niveles de alto y mediano riesgo un numero mayoritario de escolares de 11 a 12 años de edad que en las de 13 a 14 años. Por lo que la familia puede estar influyendo negativamente generando en estas chicas sentimientos de inconformidad hacia su propio cuerpo conllevándole a adoptar conductas de riesgo que merman su calidad de vida.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A.- CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

1.- En cuanto a los Niveles de Conductas de Riesgo hacia la Anorexia Nerviosa : La mayoría de escolares (54%) de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO; relacionados a la adopción de conductas psicoemocionales, personales , alimentarias, familiares y socioculturales de riesgo respectivamente ; con una mayor adopción de conductas alimentarias de riesgo en escolares de 11 a 12 años mientras que en las de 13 a 14 años, la mayoría estuvo constituida por la adopción de conductas psicoemocionales de riesgo.

2.- Respecto a los Niveles de Conductas Alimentarias de Riesgo hacia la Anorexia Nerviosa : Un porcentaje mayoritario (54%) de escolares presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO, siendo mayor en las edades de 11 a 12 años de edad que en las de 13 a 14 años; relacionados a la adopción de conductas en: la **calidad** de alimentos consumidos, restricción de alimentos, sentimientos de culpa surgidos pos prandial, control hacia los alimentos, y **cantidad** de alimentos consumidos prioritariamente.

3.- Sobre los niveles de Conductas Personales de Riesgo hacia la Anorexia Nerviosa : Un porcentaje mayoritario de escolares (59%) presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO , relacionados a la adopción de conductas como: **experiencias estresantes , aspecto físico**, hiperactividad y preferencias prioritariamente; constituyendo estas dos primeras afirmaciones, una frecuencia mayoritaria de muchas veces en escolares precoces de 11 a 12 años de edad, quienes constituyeron a su vez un grupo mayoritario en el nivel de mediano riesgo.

4.- En cuanto a los Niveles de Conductas Psicoemocionales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa : La mayoría de escolares (60%) presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO; relacionados a la adopción de conductas de riesgo como: temores, imagen corporal, autovaloración, **auto aceptación, inseguridades y actitudes irritables** prioritariamente; constituyendo estas tres últimas , con la frecuencia de muchas veces, una mayoría en las edades precoces de 11 a 12 años de edad. Representando así una mayoría de escolares de 13 a 14 años de edad en los niveles de alto y mediano riesgo.

5.- Acerca de los Niveles de Conductas Socioculturales de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa : Un considerable porcentaje de escolares (40%) de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO, siendo mayor en las edades precoces de 11 a 12 años que en las de 13 a 14. Relacionados a la adopción de conductas de riesgo en: las relaciones interpersonales, interés publicitario y asistencia a reuniones sociales prioritariamente; constituyendo todas éstas, con la frecuencia de muchas veces, una mayoría en escolares de 11 a 12 años de edad.

6.- En relación a los Niveles de Conductas Familiares de Riesgo hacia la Anorexia Nerviosa : Un **considerable porcentaje** (48%) de escolares de 11 a 14 años de edad presentaron niveles de ALTO Y MEDIANO RIESGO, de las

cuales la mayoría estuvo conformado por las edades precoces de 11 a 12 años que en las de 13 a 14 años. Relacionados a : la **intromisión de los padres en la vida de sus hijos** , discusiones de padres a hijos y apariencias ante la sociedad, prevaleciendo lo primero como mayor problema en estas escolares.

B.- RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se han formulado del presente estudio son:

- Realizar estudios similares en colegios nacionales que involucren edades cada vez más precoces.
- Realizar estudios comparativos con otros distritos propios de sectores socioeconómicos bajos y altos.
- Realizar estudios de tipo correlacional entre factores de riesgo según edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, etc.
- Realizar estudios de tipo descriptivo correlacional que trate de establecer relación entre conocimientos y conductas de riesgo.
- Realizar estudios con enfoque cualitativo que permitan profundizar los factores que intervienen en la anorexia nerviosa en escolares.
- Promover que los Centros Educativos establezcan mecanismos de coordinación con el personal profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención a fin de brindar una adecuada orientación sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en las escolares ,padres de familia, profesores y comunidad en general.
- Promover que los Centros educativos establezcan coordinaciones con los centros de salud y promotoras de programas que permitan elaborar estrategias de intervención orientadas a desarrollar talleres de auto aceptación resiliencia y conserjería a adolescentes a fin de fomentar estilos de vida saludables .
- Desarrollar proyectos y programas preventivos promocionales a nivel escolar enfatizando en las adolescentes como una continuidad del Programa de Control de Niño Sano.

- Que los centros de Salud desarrollen actividades preventivos promocionales a nivel del Programa de Salud Escolar y Adolescente en el cual se incluyan aspectos relacionados a trastornos alimentarios dirigidos a los grupos de riesgo y comunidad a fin de contribuir en la adopción de estilos de vida saludables.

C.- LIMITACIONES

Las limitaciones del estudio esta dada a que :

Los resultados del presente estudio son válidos sólo para los escolares del C.E Parroquial investigados.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) <http://www.alipso.com/monografias/anorexia/htm>.
- (2) <http://wwwondasalud.com/edición/noticia/0,2458,60770,00.html>
- (3) <http://www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n37/ambiente.htm>.
- (4) Carmen ESCOBAR “ Cuerpos en Distorsión ”. En el “ Comercio ”
02- 02-03. – Edit. El “ Comercio ”.-Lima – Perú, 2003 – p. e6.
- (5) <http://www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n38/ambiente.htm>.
- (6) (3)
- (7) Joan HARTLEY FLORINDEZ “ Trastornos Alimentarios en Mujeres
Adolescentes Escolares ”. Lima – Perú 1999. (Tesis)
- (8) Delia Patricia ALBORNOZ MUÑOZ “ Anorexia Nerviosa: Perfil Clínico
Epidemiológico de paciente atendidos el INSM – HDHN ” Lima. 1998.
(Tesis)
- (9) Jorge CASTRO MORALES “ Anorexia Nerviosa en la Pobreza ”
Lima 1991. (Tesis)
- (10) <http://www.html.rincondelvago.com/anorexia.html>.
- (11) <http://www.campus-oei/revista/deloslectores/343Zagalaz.pdf>
- (12) [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/
documentos.asp?pagina=pr_gesteal_sm](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_gesteal_sm).
- (13) <http://www.mmhs.com/clinical/adult/spanish/mentalhealth/facts.htm>.
- (14) (10)
- (15) Pablo PEREZ SÁNCHEZ , “ Psicología ” . Lima –Perú . Editorial
Navarrete 1998 Pág. 55
- (16) <http://www.monografias.com/trabajos12/inado/inado2.shtml>
- (17) Alberto PERALES , Cecilia SOGI “ Conductas de riesgo en
Adolescentes Lima ” INSM .HD-HN. Lima - Perú. 1999. Pág. 21.
- (18) Helm STERLIN “ Que hay detrás de la puerta de la familia :
Llaves sistémicas para la apertura comprensión y tratamiento de
la Anorexia Nerviosa “ 2º Ed. Barcelona. Ed. Gedisa. 1997 . Pág. 48
- (19) (18) Pág. 50
- (20) (18) Pág 56

- (21) <http://salud.consalud.com/pediatría/n historia.asp?necusid=4212>
- (22) http://www.rnw.nl/informarn/html/cie010727_anorexia1.html
- (23) Gregorio TISERA LOPEZ “ Anorexia Bulimia : Musicoterapia y otros aportes terapéuticos “. Primera Edición . Buenos Aires. Ed. Homo Sapiens 1996. Pág.61
- (24) <http://www.enbuenasmanos.com/ARTICULOS/muestra.asp?art=692>.
- (25) (21)
- (26) (23) Pág 90
- (27) <http://www.corazonistas.com/documentos/rinconmaestro/documentos pad/alimentacion.html>.
- (28) (21)
- (29) Joaquín Santos DOMINGO CARRASCO “ Manual de Psiquiatría “ España. Edit , S.L . Ars. Medica 2002 . Pág 428.
- (30) <http://www.acob-rioja.org/anorexia.html>.
- (31) (21)
- (32) (21)
- (33) (13)
- (34) (21)
- (35) (3)
- (36) (30)
- (37) (4)
- (38) Joseph TOMAS CEDITOR “ Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la Infancia y Adolescencia ” . 1º Edición . Barcelona . Alertes S.A. 1999 . Pág. 216
- (39) <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema18/trastornosohm>
- (40) (39)
- (41) (24)
- (42) (30)
- (43) (38) Pág. 229

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros**

DOMINGO CARRASCO ,Joaquín Santos “ Manual de Psiquiatría” España Psiquiatría editores , S.L . Ars. Medica 2002 . Pag 428

HERSCOVICI RAUSH , Cecilia “Anorexia Nerviosa y Bulimia: Amenazas a la autonomía” . Buenos Aires .Ed. Paidó. 2000.

MARTINES LOPEZ , Francisco “Anorexia Nerviosa:Entre la Vida y la Muerte” . España Ed. Madrid: Paraninfo Thomson . Learning . 2000.

PERALES Alberto , SOGI Cecilia “Conductas de riesgo en Adolescentes de Lima”. INSM . HD-HN . Lima – Perú 1999.

STERLIN Helm “ Que hay detrás de la puerta de la familia : Llaves sistémicas para la apertura comprensión y tratamiento de la Anorexia Nerviosa “ Segunda edición Barcelona Ed. Gedisa. 1997.

TISERA LOPEZ , Gregorio “Anorexia Bulimia : Musicoterapia y otros aportes terapéuticos” . Ed. Homo Sapiens Buenos Aires 1996.

TOMAS CEDITOR, Joseph “Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la Infancia y Adolescencia” .. 1º Edición . Barcelona . . Alertes S.A . 1999

- **Tesis**

Delia Patricia ALBORNOZ MUÑOZ “Anorexia Nerviosa: perfil Clínico Epidemiológico de pacientes atendidos en el INSM–HDHN” 1982-1998.

Joan HARTLEY FLORINDEZ “Trastornos Alimentarios en Mujeres Adolescentes Escolares”. Lima – Perú 1999.

- **Artículos**

ESCOBAR Carmen “Cuerpos en Distorsión”. En el “Comercio” 02-02-03 Edit. El “Comercio” .- Lima – Perú, 2003 – p. e6.

WOLFENZON Varolyn “El espejo tiene dos caras”.- En alarma; revista del Comercio. Somos.- Año XIV.- N° 690 26-02-00.- Edit. El Comercio.- Lima - Perú.- pp 51-52.

- **Internet (GOOGLE - Anorexia, características, factores, conductas de riesgo, INSM HD –HN, OMS, OPS)**

<http://www.enfermeria21.com/revistameta/números/resumen23.htm>.

<http://www.caretas.com.pe./200/1634/articulos/anorexia.phtml>.

<http://www.iae.esc.edu.ar/trabajos/bulimia/bulimia..htm>.

<http://www.terra.com.co/proyectos/anorexia/cuestión de mujeres.htm>.

http://salud.consalud.com/pediatría/n_historia.asp?necusid=4212

<http://www.acob-rioja.org/anorexia.html>.

<http://www.org/spa/anorexia/anor.htm>.

<http://www.campodepsicología.com/cdp25.htm>.

<http://www.personales.com/espana/madrid/apsired/anorexia.htm>.

<http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html>.

<http://www.enbuenasmanos.com/ARTICULOS/muestra.asp?art=744>.

<http://www.enbuenasmanos.com/ARTICULOS/muestra.asp?art=692>.

<http://www.tq.educ.ar/grp0051/enferme.htm>.

<http://www.saludactual.cl/anorexia/psicologia.html>.

<http://www.viatusalud.com/documento.asp?ID=116>.

<http://www.campodepsicologia.com/cdp25.htm>

<http://www.corazonistas.com/documentos/rinconmaestro/documentospad/alimentacion.html>

<http://www.mmhs.com/clinical/adult/spanish/mentalhealth/facts.htm>.

<http://www.monografias.com/trabajos12/inado2.shtml>

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_gesteal_sm

http://www.members.forttunecity.es/robertexto/archivo1/anorexia_nerviosa.htm

<http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema18/trastornosohm>

http://www.rnw.nl/informarn/html/cie010727_anorexia1.html

<http://www.monografias.com/trabajos12/inado2.shtml>.

<http://www.alipso.com/monografias/anorexia/htm>.

<http://www.wondasalud.com/edición/noticia/0,2458,60770,00.html>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PÁG
A OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.	I
B MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	II
C INSTRUMENTO.....	III
D PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS.....	VII
E VALIDEZ ESTADÍSTICA SEGÚN PEARSON.....	VIII
F VARIANZAS DE CADA ITEM.....	XIII
G CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA (ALFA DE CROMBACH).....	XIV
H CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	XV
I TABLA DE CÓDIGOS POSITIVOS Y NEGATIVOS	XVI
J TABLA MATRIZ	XIX
K TABLA MATRIZ SEGÚN DIMENSIONES.....	XXII
L DESCRIPCIÓN DE LA MEDICION DE LA VARIABLE.....	XXVI
M NÚMERO DE ESCOLARES POR EDADES.....	XXIX
N NUMERO DE ESCOLARES SEGÚN AÑO DE ESTUDIOS.....	XXIX
O NIVELES DE CONDUCTAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE V.S.....	XXX
P GRÁFICO: FRECUENCIA DE CONDUCTAS DE ALTO Y MEDIANO RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DELIMA DE V.S.....	XXXI
Q NIVELES DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VS.....	XXXII
R FRECUENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.....	XXXIII
S FRASES MUY FRECUENTES ENTRE LAS ESCOLARES.....	XXXIV
T NIVELES DE CONDUCTAS PERSONALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VS.....	XXXV

U	FRECUENCIA DE CONDUCTAS PERSONALES DE RIESGO.....	XXXVI
V	NIVELES DE CONDUCTAS PSICOEMOCIONALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA N. SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VS.....	XXXVII
W	FRECUENCIA DE CONDUCTAS PSICOEMOCIONALES DE RIESGO.....	XXXVIII
X	NIVELES DE CONDUCTAS SOCIOCULTURALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA N. SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VS.....	XXXIX
Y	FRECUENCIA DE CONDUCTAS SOCIOCULTURALES DE RIESGO.....	XL
Z	NIVELES DE CONDUCTAS FAMILIARES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA EN. SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VS.....	XLI
AA	FRECUENCIA DE CONDUCTAS FAMILIARES DE RIESGO.....	XLII
BB	FUENTE DEL CUAL SE APRENDIÓ LA DIETA EN LAS ESCOLARES.....	XLIII
CC	MANERAS DE BAJAR DE PESO EN ESCOLARES	XLIII
DD	PERIODO DE TIEMPO EN QUE SE INICIO LA DIETA EN LAS ESCOLARES.....	XLIV
EE	PERSONA QUIEN ACONSEJÓ LA DIETA EN LAS ESCOLARES.....	XLIV
FF	FRECUENCIA DE PROVOCACIONES DEL VÓMITO EN LAS ESCOLARES	XLV

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VAR IABL E	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa en escolares	Las conductas de riesgo son aquellas que al ser ejecutadas con cierta regularidad e intencionalidad conciente o no, aumenta la probabilidad de producir daño, enfermedad o lesión en si mismo o en los demás, influenciados por factores socioculturales, personales, psicossociales y biológicos.	Son todas aquellas manifestaciones o formas de comportamiento referidas por las escolares sobre la Anorexia Nerviosa, las que al ser ejecutadas con intencionalidad y cierta regularidad, conciente o no aumenta la probabilidad de desencadenar el desarrollo de la anorexia. Todo ello manifestada por la adopción de formas de comportamiento relacionados a la esfera alimentaria, personal, psicoemocional, sociocultural y familiar. Los cuales serán obtenidos mediante una encuesta y valorado en alto riesgo, mediano riesgo, bajo riesgo y sin riesgo.	ASPECTO ALIMENTICIO	-Cantidad de alimentos consumidos. -Calidad de alimentos consumidos. -Sentimientos de culpa surgidos post prandial. -Frecuencia del consumo de alimentos -Control hacia los alimentos.	O
			ASPECTO PERSONAL	-Aspecto físico. -Hiperactividad (ejercicios). -Experiencias estresantes. -Preferencias.	R
			ASPECTO PSICOEMOCIONAL	-Autovaloración. -Imagen corporal -Auto aceptación. -Temores. -Inseguridades. -Actitudes irritables.	D
			ASPECTO SOCIOCULTURAL	-Interés publicitario. -Relaciones interpersonales. -Asistencia a reuniones sociales.	I
			ASPECTO FAMILIAR.	-Influencias de padres a hijos. -Apariencias ante la sociedad. -Discusiones de padres a hijos.	N
					A
					L

ANEXO B

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VALOR FINAL QUE ADOPTARA LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICION	APROXIMACIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION	ESCALA DE MEDICION
El valor final que adoptará la variable “Conductas de riesgo hacia la Anorexia Nerviosa en escolares ” será:	Los criterios para asignar el valor final será de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario ; en el cual las proposiciones positivas tendrán un puntaje de 1 a 3 puntos mientras las negativas de 3 a 1 puntos PUNTAJE GENERAL <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ALTO RIESGO</div> <div>=</div> <div>82 - 105</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MEDIANO RIESGO</div> <div>=</div> <div>59 - 81</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>BAJO RIESGO</div> <div>=</div> <div>36 - 58</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>SIN RIESGO</div> <div>=</div> <div>35</div> </div> PUNTAJE SEGÚN AREAS <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Aliment.</div> <div>Personal</div> <div>Psicoemocional</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>A. R = 22 –27</div> <div>17 –21</div> <div>24 –30</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>M. R = 16 –21</div> <div>12 –16</div> <div>17 –23</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>B. R = 10 –15</div> <div>8 –11</div> <div>11 –16</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>S.R = 9</div> <div>7</div> <div>10</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Sociocultural</div> <div>Familiar</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>A.R = 10 –12</div> <div>12 –15</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>M.R = 7 – 9</div> <div>9 –11</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>B.R = 5 –6</div> <div>6 –8</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>S.R = 4</div> <div>5</div> </div>	Se realizaron coordinaciones previas con las autoridades de la institución para la aceptación del estudio de investigación . Una vez aceptado el estudio se coordinó con los miembros del Centro Educativo para las facilidades de la recolección de datos. Para la recolección de datos se incentivó y solicitó el consentimiento de la persona sujeta a estudio y luego se procedió a la recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none"> Técnica : - Encuesta Instrumento : - Formato tipo escala de Lickert. 	<div>O</div> <div>R</div> <div>D</div> <div>I</div> <div>N</div> <div>A</div> <div>L</div>

ANEXO C

INSTRUMENTO

UNMSM-FM-EAPE

FORMULARIO

I.- Presentación :

Buenos días , mi nombre es Lisseth Parinango Serrano , soy estudiante de enfermería que en coordinación con el C:E Parroquial Santa Rosa de Lima se está realizando un estudio sobre conductas alimentarias y para lo cual solicito a Ud. Su colaboración en el llenado del presente cuestionario.

Se le recuerda que es de carácter **ANÓNIMO** agradeciendo de ante mano su colaboración.

II.- Instrucciones :

A continuación se presentan UNA LISTA de afirmaciones acompañadas cada una de ellas por 3 alternativas para que Usted **ESCOJA UNA** de ellas.

Señala tu respuesta con la que te identifiques más , **MARCANDO** con un aspa (X) uno de los casilleros en blanco que corresponde a tu elección utilizando los siguientes criterios:

NUNCA

ALGUNAS VECES

MUCHAS VECES

Recuerda que tu **SINCERIDAD** es muy importante . No hay respuestas buenas ni malas , sólo ubica la que está más de acuerdo con tu experiencia. No olvides de responder **TODAS** las afirmaciones.

a.- DATOS GENERALES :

Edad : _____

Peso : _____

Grado : _____

Talla : _____

III.- CONTENIDO:

Nº	AFIRMACIONES	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces
1	Hago ejercicios para bajar de peso.			
2	Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.			
3	Considero que mi salud está primero que todo.			
4	Siento que mis padres me protegen y se involucran demasiado en mi vida.			
5	Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida.			
6	Tengo facilidad para relacionarme con los demás y expresar mis emociones.			
7	Mi principal tema de conversación es sobre el peso, aspecto físico y la alimentación.			
8	Permanezco largo tiempo mirándome frente al espejo.			
9	Dicen que soy una persona tranquila.			
10	Discuto con mis padres por la alimentación			
11	Me siento culpable después de comer.			
12	Pienso que las personas delgadas tienen mayor aceptación por los demás.			
13	Me siento insegura para decidir o hacer algo.			
14	Pienso que el aspecto físico es muy importante para conseguir el éxito.			
15	Mi familia da mucha importancia a la apariencia física.			
16	Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida.			
17	Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.			
18	Consumo mis alimentos tres veces al día , sin saltarme alguna de ellas.			
19	Me desagrada permanecer largo tiempo frente al espejo .			
20	Vivo momentos gratos , tranquilos y felices.			

	AFIRMACIONES	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces
21	Considero innecesario hacer ejercicios para bajar de peso.			
22	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.			
23	Pienso que las personas valen por lo que son ,sin importar su aspecto físico.			
24	Siento que los alimentos controlan mi vida.			
25	Consumo todos los alimentos que me ofrecen.			
26	Me es difícil relacionarme con los demás y expresar mis emociones.			
27	Evito reuniones porque en ellas tengo que comer.			
28	Prefiero estar extremadamente delgada que estar sana.			
29	Cuando quiero , dejo de desayunar ó almorzar ó cenar para bajar de peso.			
30	Mi principal miedo es engordar.			
31	Procuro consumir alimentos con pocas grasas y calorías.			
32	Dicen que estoy insoportable			
33	Existe comunicación con mis padres durante las horas de alimentación .			
34	Consumo mis alimentos sin sentimiento de culpa.			
35	Prácticamente me considero una persona segura de mi misma.			

CONTINUE A LA SIGUIENTE HOJA POR FAVOR

SI ERES UNA DE LAS PERSONAS QUE HACE “DIETAS” , ENTONCES
CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1.- ¿DESDE CUANDO HACES DIETA? ¿POR QUE ?

2.- ¿QUIEN TE ACONSEJO A HACER DIETA ? ¿POR QUE ?

3.- ¿ COMO APRENDISTE A HACER TUS DIETAS Y QUIEN TE ENSEÑO ?

4.- ¿QUE DIETA HACES O COMO ES TU DIETA ?

5.- ¿TU MISMA TE PROVOCAS EL VOMITO ? ¿POR QUE ?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

ANEXO D

PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	Nº DE JUEZ									p
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.002
2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.020
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.002
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.020
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.002
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.002
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.002
8	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0.254 (*)

(*) En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones para la elaboración

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = (SI) = 0

Desfavorable = (NO) = 1

$$P = \frac{\text{Suma } p}{8} = \frac{0.304}{8} = 0.038$$

ANEXO E

VALIDEZ ESTADÍSTICA SEGÚN PEARSON

ALIMENTARIO

Nº	AFIRMACIONES POSITIVAS	PEARSON	CONDICION
2	Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.	0.46999976	ACEPTADO
31	Procuro consumir alimentos con pocas grasas y calorías	0.49435209	ACEPTADO
11	Me siento culpable después de comer.	0.60983834	ACEPTADO
29	Cuando quiero , dejo de desayunar ó almorzar ó cenar para bajar de peso.	0.603126	ACEPTADO
24	Siento que los alimentos controlan mi vida.	0.38794154	ACEPTADO

Nº	AFIRMACIONES NEGATIVAS	PEARSON	CONDICION
25	Consumo todos los alimentos que me ofrecen.	0.42716252	ACEPTADO
	Generalmente consumo alimentos contengan o NO grasa	0.05226427	ANULADO
34	Consumo mis alimentos sin sentimiento de culpa.	0.39490024	ACEPTADO
18	Consumo mis alimentos tres veces al día , sin saltarme alguna de ellas.	0.26352416	ACEPTADO
16	Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida.	0.34515994	ACEPTADO

PERSONAL

Nº	AFIRMACIONES POSITIVAS	PEARSON	CONDICION
14	Pienso que el aspecto físico es muy importante para conseguir el éxito.	0.60271476	ACEPTADO
1	Hago ejercicios para bajar de peso.	0.43707495	ACEPTADO
5	Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida.	0.42254718	ACEPTADO
28	Prefiero estar extremadamente delgada que estar sana.	0.58955922	ACEPTADO
	Me gusta que las cosas salgan a la perfección	0.14522944	ANULADO

Nº	AFIRMACIONES NEGATIVAS	PEARSON	CONDICION
	Considero que el éxito depende muy poco del aspecto físico	0.11413044	ANULADO
21	Considero innecesario hacer ejercicios para bajar de peso.	0.29307358	ACEPTADO
20	Vivo momentos gratos , tranquilos y felices.	0.33714091	ACEPTADO
3	Considero que mi salud está primero que todo.	0.28145405	ACEPTADO
	Me considero una persona poco perfeccionista	0.12697237	ANULADO

PSICOEMOCIONAL

Nº	AFIRMACIONES POSITIVAS	PEARSON	CONDICION
12	Pienso que las personas delgadas tienen mayor aceptación por los demás.	0.48338065	ACEPTADO
17	Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.	0.53913183	ACEPTADO
8	Permanezco largo tiempo mirándome frente al espejo	0.48791968	ACEPTADO
30	Mi principal miedo es engordar.	0.6334337	ACEPTADO
32	Dicen que estoy insoportable	0.39099772	ACEPTADO
13	Me siento insegura para decidir o hacer algo.	0.22127547	ACEPTADO

Nº	AFIRMACIONES NEGATIVAS	PEARSON	CONDICION
23	Pienso que las personas valen por lo que son ,sin importar su aspecto físico.	0.44081659	ACEPTADO
	Realmente me veo delgada	0.14243281	ANULADO
19	Me desagrada permanecer largo tiempo frente al espejo .	0.26368054	ACEPTADO
	Mi principal miedo es adelgazar.	-0.04049518	ANULADO
9	Dicen que soy una persona tranquila.	0.31033625	ACEPTADO
35	Prácticamente me considero una persona segura de mi misma.	0.32677725	ACEPTADO

SOCIOCULTURAL

Nº	AFIRMACIONES POSITIVAS	PEARSON	CONDICION
7	Mi principal tema de conversación es sobre el peso, aspecto físico y la alimentación.	0.41406392	ACEPTADO
26	Me es difícil relacionarme con los demás y expresar mis emociones.	0.28519225	ACEPTADO
27	Evito reuniones porque en ellas tengo que comer.	0.48474097	ACEPTADO
	Me siento bien teniendo pocos amigos.	-0.08287444	ANULADO

Nº	AFIRMACIONES NEGATIVAS	PEARSON	CONDICION
	Me incomoda hablar temas relacionados con el peso, aspecto físico y alimentación	-0.17700803	ANULADO
6	Tengo facilidad para relacionarme con los demás y expresar mis emociones.	0.32295575	ACEPTADO
	Me agrada asistir a reuniones donde acude mucha gente.	-0.05275977	ANULADO
	Me considero muy amigable y con muchos amigos	0.12760713	ANULADO

FAMILIAR

Nº	AFIRMACIONES POSITIVAS	PEARSON	CONDICION
4	Siento que mis padres me protegen y se involucran demasiado en mi vida.	0.22444775	ACEPTADO
15	Mi familia da mucha importancia a la apariencia física.	0.49923089	ACEPTADO
10	Discuto con mis padres por la alimentación	0.32666863	ACEPTADO

Nº	AFIRMACIONES NEGATIVAS	PEARSON	CONDICION
22	Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.	0.24399582	ACEPTADO
	A mi familia le despreocupa la apariencia física	0.18047139	ANULADO
33	Existe comunicación con mis padres durante las horas de alimentación	0.41350611	ACEPTADO

ANEXO F

VARIANZAS DE CADA ITEM

ITEM	VARIANZA
1	0.27632653
2	0.40709184
3	0.38137755
4	0.5475
5	0.32979592
6	0.40382653
7	0.40387755
8	0.5477551
9	0.45693878
10	0.52137755
11	0.48872449
12	0.6230102
13	0.37061224
14	0.5255102
15	0.39566327
16	0.44102041
17	0.64382653
18	0.54571429
19	0.64994898
20	0.42137755
21	0.54954082
22	0.44586735
23	0.36096939
24	0.5655102
25	0.4230102
26	0.55158163
27	0.25892857
28	0.34693878
29	0.46408163
30	0.71811224
31	0.53959184
32	0.3655102
33	0.39852041
34	0.74137755
35	0.4355102
SUMATORIA	16.5463265

ANEXO G

CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA (ALFA DE CROMBACH)

$$\begin{aligned}\alpha &= \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right) \\&= \frac{35}{34} \left(1 - \frac{16.5463265}{216.162449} \right) \\&= 1.03 \quad [1 - 0.0765457] \\&= 1.03 \quad [0.923445543] \\&= \mathbf{0.95}\end{aligned}$$

K = Número de í tem.

S_i² = Sumatoria de las Varianzas de cada í tem .

S_t² = Varianza de los puntajes totales.

ANEXO H

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “ Niveles de Conductas de Riesgo Hacia la Anorexia Nerviosa en escolares del C.E Parroquial Santa Rosa de Lima de Villa el Salvador” .

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada alumna

La investigadora del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

ATTE

Lisseth Parinango Serrano
Autora del estudio

ANEXO I

TABLA DE CODIGOS POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGÚN DIMENSIONES

ALIMENTARIO

POSITIVOS	NEGATIVOS
2.-Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.	25.-Consumo todos los alimentos que me ofrecen.
31.-Procuro consumir alimentos con pocas grasas y calorías	
11.-Me siento culpable después de comer.	34.-Consumo mis alimentos sin sentimiento de culpa.
29.-Cuando quiero , dejo de desayunar ó almorzar ó cenar para bajar de peso.	18.-Consumo mis alimentos tres veces al día , sin saltarme alguna de ellas.
24.-Siento que los alimentos controlan mi vida.	16.-Generalmente los alimentos tienen poca importancia en mi vida.

PERSONAL

POSITIVOS	NEGATIVOS
14.-Pienso que el aspecto físico es muy importante para conseguir el éxito.	
1.-Hago ejercicios para bajar de peso.	21.-Considero innecesario hacer ejercicios para bajar de peso.
5.-Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida.	20.-Vivo momentos gratos , tranquilos y felices.
28.-Prefiero estar extremadamente delgada que estar sana.	3.-Considero que mi salud está primero que todo.

PSICOEMOCIONAL

POSITIVOS	NEGATIVOS
12.-Pienso que las personas delgadas tienen mayor aceptación por los demás.	23.-Pienso que las personas valen por lo que son ,sin importar su aspecto físico.
17.-Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.	
8.-Permanezco largo tiempo mirándome frente al espejo	19.-Me desagrada permanecer largo tiempo frente al espejo .
30.-Mi principal miedo es engordar.	
32.-Dicen que estoy insoportable	9.-Dicen que soy una persona tranquila.
13.-Me siento insegura para decidir o hacer algo.	35.-Prácticamente me considero una persona segura de mi misma.

SOCIOCULTURAL

POSITIVOS	NEGATIVOS
7.-Mi principal tema de conversación es sobre el peso, aspecto físico y la alimentación.	
26.-Me es difícil relacionarme con los demás y expresar mis emociones.	6.-Tengo facilidad para relacionarme con los demás y expresar mis emociones.
27.-Evito reuniones porque en ellas tengo que comer.	

FAMILIAR

POSITIVOS	NEGATIVOS
4.-Siento que mis padres me protegen y se involucran demasiado en mi vida.	22.-Mis padres me dan libertad para tomar mis propias decisiones.
15.-Mi familia da mucha importancia a la apariencia física.	
10.-Discuto con mis padres por la alimentación	33.-Existe comunicación con mis padres durante las horas de alimentación

ANEXO J

TABLA MATRIZ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	TOTAL	
1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	1	1	2	1	3	1	2	2	1	3	3	3	3	1	3	1	2	69	
2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	2	2	1	2	58	
3	2	2	1	3	2	2	2	1	3	1	1	1	2	2	1	3	2	1	2	2	3	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	63		
4	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	53		
5	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	1	1	3	2	2	3	1	3	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	0	2	2	1	61	
6	2	2	1	2	2	3	1	2	3	1	1	1	3	1	1	2	2	2	3	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	67	
7	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	3	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	51	
8	1	0	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	3	1	2	3	2	3	3	3	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	3	1	59	
9	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2	1	3	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	49	
10	1	1	1	2	2	1	1	2	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	3	2	2	3	1	57	
11	2	1	2	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	3	1	70	
12	2	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	3	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	53	
13	2	2	1	2	2	1	2	3	2	1	2	3	2	2	1	2	3	1	3	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	62	
14	1	1	1	3	2	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	53	
15	2	2	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	3	3	3	3	2	2	2	1	2	3	3	1	2	1	1	67
16	2	1	1	2	3	2	1	2	2	1	2	3	1	2	2	2	3	3	3	1	2	2	2	3	1	3	1	1	1	3	2	2	1	1	1	65	
17	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	3	3	2	3	1	3	3	1	3	1	3	2	1	2	3	1	3	1	1	3	1	1	1	2	1	64	
18	2	2	3	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	66	
19	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	52	
20	2	2	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	54	
21	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	1	3	1	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1	79	
22	1	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	2	3	1	1	3	1	3	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	56	
23	3	3	1	3	3	3	1	2	3	2	3	3	2	1	1	1	3	2	1	3	1	3	2	1	1	1	2	1	3	3	2	3	3	1	3	74	
24	2	1	1	3	2	2	2	3	2	1	1	2	3	1	2	2	2	3	3	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	61	
25	1	1	1	3	2	1	1	3	2	1	1	3	2	2	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	3	2	56	
26	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	60	
27	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	61	
28	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	2	2	3	1	1	2	3	1	3	1	3	2	1	2	1	1	1	2	62	
29	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	3	1	2	2	3	1	2	1	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	2	3	1	58	
30	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	47	
31	2	2	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	3	59	
32	2	3	1	3	2	1	2	3	3	2	3	3	1	3	2	2	3	2	3	1	3	2	1	2	2	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3	80	
33	2	2	1	3	2	2	3	3	1	3	2	1	3	2	1	2	3	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	2	1	2	1	64	
34	1	0	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	49	
35	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	3	1	1	3	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	52	
36	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	2	1	2	3	2	1	2	1	2	1	2	2	1	3	3	2	1	2	3	3	70	
37	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	3	1	0	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	48	
38	1	2	2	3	2	3	2	2	3	1	0	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	1	2	67	
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	3	1	40	
40	2	1	1	1	1	3	3	1	2	2	2	3	3	3	3	2	1	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	1	1	1	3	3	2	3	2	76
41	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1	3	2	3	1	2	3	3	1	2	1	2	1	3	1	2	3	1	65	

42	2	1	1	2	3	3	1	1	3	1	1	3	2	1	2	2	3	3	1	3	1	3	2	1	2	3	1	2	3	2	69						
43	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2	1	1	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	53		
44	2	2	1	3	3	2	3	3	2	1	2	2	1	3	1	2	3	2	3	1	3	2	1	2	2	1	2	3	3	3	3	1	3	1	0	72	
45	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	46		
46	2	2	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	0	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	51	
47	2	2	2	3	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	3	1	57	
48	2	2	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	49	
49	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	3	1	2	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	52	
50	2	1	1	1	2	1	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	1	3	2	2	1	1	1	2	1	2	3	1	71	
51	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	49	
52	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	2	1	3	2	1	2	3	2	1	3	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	67	
53	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	62	
54	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	3	1	1	3	3	2	2	3	2	1	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	84	
55	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	48	
56	1	1	1	2	2	3	1	3	2	1	1	2	3	3	1	2	1	3	3	1	2	3	1	1	3	2	3	1	1	3	3	1	0	0	0	61	
57	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	3	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	3	3	2	2	3	1	66
58	1	1	2	2	3	2	1	2	3	1	3	1	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	68	
59	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	50	
60	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	50	
61	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	3	1	54
62	2	1	1	3	2	2	3	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	3	2	1	1	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	57	
63	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	56
64	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	66
65	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	52	
66	1	1	3	2	2	2	1	1	2	3	1	1	3	1	1	2	1	2	1	3	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	57	
67	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	3	1	2	2	1	3	1	3	2	2	1	1	3	2	1	1	1	1	2	3	3	3	1	59	
68	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	3	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	3	2	58	
69	2	1	1	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	3	2	3	2	1	2	1	2	1	3	1	1	2	2	2	1	1	2	1	59	
70	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	52
71	2	2	2	3	3	1	2	1	2	1	1	3	2	1	3	2	1	2	1	3	1	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	61	
72	1	1	1	3	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	48
73	2	1	2	1	2	1	3	1	1	2	3	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	53	
74	2	1	1	2	3	2	2	2	3	1	3	3	3	3	1	1	1	2	3	3	2	1	3	1	3	3	3	2	1	1	3	3	1	3	2	74	
75	3	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	1	2	0	3	2	3	3	2	2	3	1	2	3	3	3	3	3	2	3	1	83	
76	2	2	1	3	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	53	
77	2	1	2	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	53	
78	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	45	
79	1	2	1	2	2	3	2	3	2	1	3	1	3	1	2	2	3	1	3	2	3	3	2	2	1	3	1	2	2	3	2	2	2	1	3	72	
80	1	2	2	3	2	1	1	2	2	1	1	3	2	2	1	2	3	2	3	1	2	2	1	1	2	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	60	
81	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	1	2	65	
82	2	1	1	2	3	2	1	2	2	3	1	1	2	3	2	2	1	2	3	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	57	
83	2	2	1	2	2	3	2	2	1	1	1	2	2	3	2	3	1	1	1	2	2	3	2	3	1	3	2	1	1	2	3	1	2	1	1	64	
84	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	66	
85	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	3	2	53	
86	1	2	1	3	3	2	1	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	2	3	3	1	2	1	3	2	3	2	2	1	74	
87	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	3	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	50
88	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	43	
89	1	1	1	1																																	

92	2	2	2	2	3	1	2	3	3	3	2	3	1	2	1	2	3	3	3	1	3	2	1	2	3	1	1	2	3	3	3	2	2	3	1	76	
93	2	2	0	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	3	3	1	2	2	3	2	66	
94	2	2	2	3	2	1	1	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	57	
95	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	3	2	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	56	
96	2	1	3	2	3	2	1	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	56	
97	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	55		
98	2	2	1	3	2	2	2	3	3	2	1	1	2	2	1	3	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	58	
99	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	52	
100	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	3	1	56	
101	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	3	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	53	
102	2	1	2	3	3	1	2	1	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	3	2	2	3	2	1	2	1	2	3	2	3	2	3	1	74	
103	2	1	3	2	2	3	1	2	1	1	2	3	2	3	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	2	66		
104	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2	3	2	3	1	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	3	1	2	2	3	2	1	2	2	69		
105	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	89		
106	3	2	1	0	2	1	3	2	2	2	3	0	1	2	2	2	3	2	2	1	3	1	2	3	2	1	2	3	2	3	2	2	2	3	1	68	
107	1	1	2	3	2	2	2	1	3	1	1	2	3	2	2	3	1	2	1	3	2	3	1	3	1	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	66	
108	2	1	3	2	2	1	1	3	3	2	1	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	3	2	70
109	2	2	1	1	3	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	1	1	56	
110	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	1	1	3	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	3	1	1	1	1	3	1	2	1	55	
111	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	3	1	2	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	1	56
112	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	3	1	2	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	1	58
113	1	1	1	2	2	1	1	2	3	1	1	2	2	1	1	3	2	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	53	
114	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	2	3	3	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	53	
115	2	2	1	3	3	2	1	2	2	3	1	3	1	3	1	2	3	1	1	2	3	3	1	2	2	2	1	2	3	3	0	2	3	2	1	69	
116	2	2	2	3	3	2	3	2	1	2	1	1	2	2	1	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	65
117	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	3	2	1	2	2	67	
118	2	2	3	2	2	1	1	2	3	1	2	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	1	2	3	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	72	
119	2	2	1	3	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	2	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	74	
120	3	3	2	3	2	2	3	2	1	3	3	3	2	2	1	1	3	0	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	1	3	3	3	1	1	3	1	77
121	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	3	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	57	
122	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	3	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	47
123	2	1	1	2	2	2	1	3	2	1	1	3	2	3	2	2	3	1	3	2	2	3	2	3	2	2	1	1	2	3	2	2	1	2	2	69	
124	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	3	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	51
125	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	48	
126	3	3	2	2	3	2	1	2	3	1	3	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	83	
127	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	1	3	2	2	3	2	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2	3	3	1	2	2	1	71
128	2	2	2	2	2	1	1	0	1	1	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	58	
129	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	1	3	3	1	3	1	3	2	1	3	1	2	1	1	1	3	3	2	1	3	1	67	
130	2	3	3	1	3	2	2	3	3	1	3	2	2	3	3	2	1	3	2	3	2	3	3	2	2	1	2	1	2	3	2	2	3	2	2	79	
131	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	49	
132	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	57	
133	2	1	1	2	2	2	3	2	2	1	3	1	2	2	2	2	3	1	3	2	1	3	2	2	2	2	1	2	1	3	2	2	2	3	2	69	
134	2	2	2	3	2	2	1	1	2	0	1	3	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	3	2	2	1	1	2	3	2	2	1	2	1	64	
135	1	1	1	3	2	1	1	2	3	3	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	51
136	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	44	
137	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	53	
138	2	1	1	3	3	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	53	
139	2	1	1	3	1	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2		

ANEXO K

TABLA MATRIZ : DIMENSIONES POSITIVAS

	ALIMENTARIO					PERSONAL				PSICOEMOCIONAL					SOCIOCULT FAMILIAR					PUNT		
	2	31	11	29	24	14	1	5	28	12	17	8	30	32	13	7	26	27	4	15	10	TOTAL
1	2	3	2	3	1	2	2	2	3	1	3	1	3	1	2	3	2	1	2	3	1	69
2	2	3	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1	2	1	58
3	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	3	1	1	81
4	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	53
5	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	3	2	0	2	2	1	1	2	1	2	61
6	2	3	1	2	3	1	2	2	1	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	1	92
7	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	51
8	0	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	59
9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	74
10	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	57
11	1	3	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	1	3	1	2	70
12	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	3	1	1	1	2	77
13	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	3	3	1	2	2	2	2	1	2	1	1	62
14	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	3	1	3	53
15	2	3	2	2	3	3	2	3	1	2	2	1	3	1	2	2	2	2	1	3	1	88
16	1	2	2	1	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	1	1	3	1	2	2	1	65
17	2	1	3	1	2	3	2	1	1	3	3	2	3	1	2	1	1	3	1	1	1	64
18	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	3	2	2	2	1	88
19	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	52
20	2	2	1	1	1	1	2	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	54
21	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	1	2	98
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	56
23	3	2	3	3	1	1	3	3	1	3	3	2	3	3	2	1	1	2	3	1	2	74
24	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	2	2	3	2	1	1	3	2	1	82
25	1	2	1	1	1	2	1	2	1	3	1	3	1	1	2	1	1	2	3	1	1	56
26	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	2	2	1	2	1	3	1	2	60
27	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	1	85
28	2	2	2	2	3	1	1	1	3	1	3	2	1	1	2	2	3	1	1	3	2	62
29	1	2	1	1	1	2	2	2	2	3	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	1	58
30	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	71
31	2	2	2	2	1	1	2	3	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	59
32	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	1	2	2	1	3	2	2	80
33	2	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	3	3	2	3	3	1	1	3	1	3	86
34	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1	2	49
35	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	1	52
36	2	2	2	3	2	3	2	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	3	2	1	88
37	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	48
38	2	2	0	1	1	2	1	2	1	3	2	2	2	1	2	2	3	1	3	3	1	67
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	0	1	1	1	60
40	1	3	3	1	3	3	2	3	1	3	3	2	1	3	3	1	2	2	1	2	2	76
41	2	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	3	1	1	65
42	1	1	1	2	3	1	2	3	1	3	2	1	3	2	2	1	3	2	2	2	1	92
43	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	53
44	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	1	1	3	1	2	3	1	1	72
45	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	70
46	2	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	51
47	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	3	1	2	57
48	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	73

49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	52
50	1	2	1	1	1	3	2	2	1	3	3	3	1	1	3	1	2	2	1	3	3	71
51	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	71
52	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	1	2	3	3	2	1	1	1	1	1	67
53	2	2	1	1	3	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	62
54	2	3	1	3	1	3	2	3	2	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	108
55	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	48
56	1	3	1	1	1	3	1	2	1	2	1	3	3	1	3	1	2	3	2	1	1	61
57	3	3	1	2	2	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	1	1	89
58	1	1	3	1	2	3	1	3	1	1	2	2	1	2	3	1	2	1	2	2	1	68
59	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	50
60	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	73
61	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	54
62	1	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	3	1	2	57
63	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	80
64	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	66
65	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	52
66	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1	2	1	3	80
67	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	2	2	59
68	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	58
69	1	2	1	2	2	2	2	3	1	1	3	2	2	1	1	2	3	1	1	1	1	77
70	2	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	52
71	2	1	1	2	3	1	2	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	1	61
72	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	68
73	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	53
74	1	3	3	1	1	3	2	3	2	3	1	2	1	3	3	2	3	3	2	1	1	74
75	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	1	2	2	3	3	103
76	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	53
77	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	3	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	53
78	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	66
79	2	2	3	2	2	1	1	2	2	1	3	3	3	2	3	2	3	1	2	2	1	72
80	2	1	1	3	1	2	1	2	1	3	3	2	3	2	2	1	1	1	3	1	1	60
81	3	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	1	3	1	2	83
82	1	2	1	1	1	3	2	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	3	57
83	2	3	1	1	3	3	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	3	2	2	2	1	64
84	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	86
85	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	53
86	2	2	2	1	2	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	1	3	1	3	2	3	74
87	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	72
88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	43
89	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	47
90	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	76
91	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	54
92	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	1	2	1	3	76
93	2	1	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2	2	87
94	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	2	3	57
95	2	2	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	56
96	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	1	77
97	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	55
98	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	3	1	2	58
99	1	3	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	73
100	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	1	2	1	1	56
101	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	63
102	1	2	2	2	3	2	2	3	1	3	3	1	3	3	2	2	1	2	3	3	3	97
103	1	2	2	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	66
104	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	1	2	1	1	69
105	2	2	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	109
106	2	2	3	2	3	2	3	2	3	0	3	2	3	2	1	3	1	2	0	2	2	68
107	1	2	1	1	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2	3	1	3	2	1	66
108	1	3	1	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	1	2	1	2	3	2	95

109		2	3	1	2	1	2	2	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	56
110		1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	3	1	3	1	2	1	2	55
111		1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	79
112		3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	58
113		1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	53
114		1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	82
115		2	0	1	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	69
116		2	2	1	2	1	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	3	1	65
117		3	3	1	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	89
118		2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	1	1	2	2	1	72
119		2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	1	2	1	1	3	1	74
120		3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	1	2	3	2	1	3	1	102
121		2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	57
122		1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	47
123		1	2	1	2	3	3	2	2	1	3	3	3	3	2	2	1	2	1	2	2	94
124		1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	51
125		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	48
126		3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	1	105
127		2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	1	1	3	1	2	2	2	71
128		2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	0	3	1	2	1	2	2	2	1	58
129		2	3	2	1	3	2	2	2	1	1	3	3	3	2	2	1	2	1	3	1	87
130		3	2	3	2	2	3	2	3	1	2	1	3	3	2	2	2	1	2	1	3	79
131		1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	49
132		2	2	1	1	1	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	79
133		1	2	3	1	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	3	2	1	2	2	69
134		2	2	1	2	3	2	2	2	1	3	3	1	3	2	2	1	2	1	3	2	64
135		1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	67
136		1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	44
137		1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	53
138		1	2	1	1	1	2	2	3	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	3	1	80
139		1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	3	2	59
140		1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	3	2	56

TABLA MATRIZ : DIMENSIONES NEGATIVAS

	ALIMENTARIO					PERSONAL				PSICOEMOCIONAL					S.C	FAMILIAR			PUNT.
	25	34	18	16	21	20	3		23	19		9	35	6	22	33	TOTAL		
1	2		1	2	3	2	1	1		3	1		2	2	2	1	3	69	
2	1		1	2	2	3	1	2		1	2		2	2	1	2	2	58	
3	2		2	1	3	3	2	1		1	2		3	2	2	3	1	81	
4	1		1	2	3	2	2	2		1	1		1	1	2	2	1	53	
5	2		2	2	3	3	1	1		1	3		2	1	1	2	2	61	
6	2		2	2	2	2	2	1		1	3		3	2	3	2	2	92	
7	1		1	1	3	3	2	1		1	2		1	1	2	2	1	51	
8	3		3	2	3	3	2	1		3	3		2	1	2	3	1	59	
9	1		1	3	2	3	1	1		1	1		2	1	1	3	2	74	
10	2		3	3	2	2	1	1		1	2		3	1	1	2	2	57	
11	2		3	2	2	2	2	2		2	3		2	1	2	3	2	70	
12	2		1	1	2	1	2	1		1	1		3	2	2	3	1	77	
13	2		2	1	2	2	1	1		2	3		2	1	1	1	2	62	
14	2		1	1	2	1	1	1		1	2		2	2	2	2	1	53	
15	2		1	2	3	1	2	1		3	1		1	1	1	3	2	88	
16	1		1	3	2	2	1	1		2	3		2	1	2	2	1	65	
17	3		2	1	3	3	1	1		1	3		2	1	2	2	1	64	
18	3		2	2	3	2	2	3		2	2		2	2	2	2	2	88	
19	2		2	2	2	2	1	1		1	1		1	2	2	3	1	52	
20	2		3	1	2	2	2	1		1	2		1	1	1	2	1	54	
21	3		2	3	2	1	2	3		1	2		3	1	2	3	2	98	
22	1		3	3	3	3	1	1		1	3		2	3	3	3	2	56	
23	1		1	2	1	1	3	1		2	1		3	3	3	3	3	74	
24	2		1	3	2	2	1	1		1	3		2	1	2	2	1	82	
25	1		3	2	2	1	2	1		1	3		2	2	1	1	2	56	
26	2		2	2	2	2	2	1		1	2		2	1	2	1	1	60	
27	2		2	2	3	2	2	2		2	2		1	2	2	2	1	85	
28	1		1	2	2	1	3	1		2	2		2	2	2	1	1	62	
29	2		3	2	3	3	1	1		1	1		2	1	1	2	2	58	
30	2		3	2	2	2	1	2		1	1		1	1	1	1	2	71	
31	2		2	3	2	2	2	1		1	2		1	3	2	1	1	59	
32	2		3	2	2	3	1	1		1	3		3	3	1	2	2	80	
33	2		2	1	2	1	1	1		1	3		1	1	2	2	1	86	
34	2		2	1	2	2	2	2		1	1		1	2	2	2	1	49	
35	1		2	1	3	1	2	1		1	2		1	2	2	2	2	52	
36	1		3	2	2	1	2	2		1	3		2	3	2	2	2	88	
37	2		3	1	3	0	1	1		1	3		1	1	2	1	1	48	
38	3		1	3	3	2	2	2		1	3		3	2	3	1	1	67	
39	1		3	1	3	1	1	1		1	2		1	1	1	2	1	60	
40	2		3	3	1	3	2	1		2	2		2	2	3	3	2	76	
41	3		3	1	3	3	2	1		2	3		2	1	2	1	2	65	
42	1		3	1	3	3	2	1		1	2		3	2	3	3	2	92	
43	2		2	1	2	3	2	1		1	2		2	1	1	2	1	53	
44	2		1	2	2	3	1	1		1	3		2	0	2	2	3	72	
45	1		1	1	3	2	1	2		1	3		1	1	1	2	1	70	
46	2		1	1	0	2	2	1		1	2		2	2	1	1	1	51	
47	1		3	2	2	2	1	2		1	3		2	1	1	2	1	57	
48	2		1	2	1	1	3	1		1	1		3	1	1	1	1	73	
49	2		1	3	2	2	2	1		1	1		2	2	1	3	2	52	
50	3		3	2	3	2	3	1		1	3		3	1	1	3	2	71	

51	2		1	1	3	1	1	1		1	1		3	2	2	2	2	71
52	2		3	2	2	3	3	2		1	1		3	3	1	3	3	67
53	2		1	2	3	2	2	1		2	2		2	2	2	2	2	62
54	2		3	3	1	2	2	3		2	3		2	3	2	3	2	108
55	1		1	2	3	1	1	1		1	1		2	1	1	3	2	48
56	3		0	3	2	2	1	1		1	3		2	0	3	3	0	61
57	2		3	2	2	1	3	1		1	2		2	1	2	1	2	89
58	2		2	2	3	2	3	2		1	3		3	3	2	2	2	68
59	1		1	3	1	2	2	1		1	2		2	2	1	2	1	50
60	1		1	3	2	2	2	1	2		1	1		1	2	1	2	73
61	2		3	2	2	2	2	1		1	1		2	1	1	2	2	54
62	1		3	2	1	1	2	1		3	3		1	1	2	1	1	57
63	2		3	2	3	1	2	2		1	1		2	2	2	2	2	80
64	2		2	3	2	1	1	1		2	3		2	1	2	2	1	66
65	1		2	1	2	2	3	2		1	1		1	1	3	2	2	52
66	2		2	2	2	1	3	3		1	1		2	1	2	2	2	80
67	3		3	3	2	2	3	1		1	1		2	1	1	2	3	59
68	3		3	1	2	1	2	1		3	2		1	2	2	2	2	58
69	1		2	2	2	1	2	1		1	3		2	1	3	2	1	77
70	2		1	1	2	1	2	1		1	2		3	1	1	2	1	52
71	2		3	2	2	1	3	2		1	1		2	2	1	2	1	61
72	1		1	1	3	1	1	1		1	3		3	1	1	1	1	68
73	1		1	1	2	2	2	2		1	2		3	1	1	2	1	53
74	3		3	2	1	2	3	1		3	3		3	2	2	1	1	74
75	3		3	0	1	3	2	2		2	3		3	1	1	3	2	103
76	2		1	1	2	2	1	1		1	2		2	2	1	2	2	53
77	2		1	2	2	1	1	2		1	1		2	1	1	2	1	53
78	1		1	1	2	2	1	2		1	1		2	1	1	3	1	66
79	1		1	1	2	3	2	1		2	3		2	3	3	3	2	72
80	2		1	2	2	2	1	2		1	3		2	1	1	2	1	60
81	2		1	2	2	2	2	2		1	2		1	2	2	1	2	83
82	2		1	2	2	1	2	1		1	3		2	2	2	2	1	57
83	1		1	1	3	2	2	1		2	1		1	1	3	3	2	64
84	2		2	2	2	3	2	2		1	2		2	2	2	2	2	86
85	1		3	1	3	3	2	1		1	2		2	2	2	1	3	53
86	3		2	1	2	2	2	1		1	2		2	1	2	3	2	74
87	1		1	1	3	2	1	1		1	3		2	1	1	1	1	72
88	2		1	1	3	1	1	1		1	3		1	1	1	2	1	43
89	1		1	1	3	1	2	1		1	3		2	2	2	2	1	47
90	2		1	1	3	3	1	1		1	2		2	1	1	2	2	76
91	2		2	2	3	2	1	1		1	1		2	1	1	3	1	54
92	3		3	3	2	3	1	2		1	3		3	1	1	2	2	76
93	1		3	3	2	2	1	0		1	3		2	2	1	2	2	87
94	1		1	1	2	3	1	2		1	3		2	1	1	2	1	57
95	1		2	2	2	3	1	1		3	2		2	2	1	2	1	56
96	1		1	1	2	1	2	3		1	2		3	2	2	2	2	77
97	1		2	2	2	3	2	1		1	3		2	2	2	3	2	55
98	1		3	2	3	2	1	1		1	3		3	1	2	1	1	58
99	2		1	2	2	2	2	1		1	1		2	1	2	2	1	73
100	2		3	3	2	2	2	1		1	2		2	1	2	2	2	56
101	1		1	1	3	2	2	2		1	3		1	2	2	3	1	63
102	2		3	2	2	3	1	2		2	2		2	1	1	2	2	97
103	2		2	1	2	2	2	3		1	2		1	2	3	2	2	66
104	2		2	2	2	1	2	2		1	3		1	2	2	2	2	69
105	3		3	2	1	3	2	2		3	3		2	3	2	3	3	109
106	2		3	2	2	3	1	1		2	2		2	1	1	1	2	68
107	1		2	2	3	2	3	2		1	1		3	2	2	3	1	66

108	1		3	2	2	1	2	3		2	3		3	2	1	3	2	95
109	1		1	3	2	2	2	1		1	3		2	1	1	1	2	56
110	2		1	2	3	1	2	1		1	1		1	1	2	2	2	55
111	2		3	2	3	2	1	1		1	3		2	1	2	2	2	79
112	2		3	2	3	2	1	1		1	3		2	1	2	2	2	58
113	1		3	3	3	1	2	1		1	3		3	1	1	2	1	53
114	1		2	3	3	1	1	1		1	3		2	2	1	2	1	82
115	2		2	1	2	3	2	1		1	1		2	1	2	3	3	69
116	2		1	2	3	2	2	2		2	3		1	2	2	2	1	65
117	2		2	3	3	2	2	1		1	2		2	2	2	2	1	89
118	3		2	2	2	2	3	3		1	2		3	2	1	3	2	72
119	1		2	2	1	3	2	1		3	3		3	2	3	2	2	74
120	3		3	0	1	3	2	2		1	3		1	1	2	2	1	102
121	1		2	2	1	2	2	1		1	3		2	1	2	3	1	57
122	1		1	1	3	3	1	1		1	1		2	1	1	2	2	47
123	2		2	1	2	2	2	1		2	3		2	2	2	3	1	94
124	2		1	1	3	3	1	1		1	3		1	1	1	2	2	51
125	1		3	1	1	3	1	2		1	3		1	1	1	2	1	48
126	2		3	3	1	3	2	2		1	3		3	3	2	2	3	105
127	2		2	2	2	2	1	2		2	2		2	1	2	1	2	71
128	1		1	1	2	2	1	2		1	2		1	1	1	2	1	58
129	1		3	1	3	3	1	1		1	3		2	1	2	2	1	87
130	2		2	3	2	2	3	3		3	2		3	2	2	3	3	79
131	2		1	2	3	2	1	1		1	3		1	1	2	1	1	49
132	2		1	1	2	2	1	2		2	1		2	1	2	2	1	79
133	2		3	1	2	1	2	1		2	3		2	2	2	3	2	69
134	2		2	2	2	2	1	2		1	2		2	1	2	2	1	64
135	1		1	1	3	1	1	1		1	1		3	1	1	3	2	67
136	2		1	1	3	2	1	1		1	3		2	1	1	1	1	44
137	1		1	2	2	1	2	1		1	2		2	2	2	1	2	53
138	1		1	1	3	2	2	1		1	1		3	1	1	1	1	80
139	2		1	2	3	2	2	1		2	3		1	2	1	2	1	59
140	2		1	2	1	2	2	1		2	3		1	2	1	2	1	56

ANEXO L

DESCRIPCIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA VARIABLE

La **Medición de la Variable** de estudio : “**Conductas de Riesgo hacia la Anorexia Nerviosa** ” se trabajó utilizando la sumatoria de los puntajes máximos y mínimos obteniéndose :

- Para obtener el valor máximo , se multiplicó el puntaje máximo (3) con el total de ítem (35). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (1) con el total de ítem (35). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 4 categorías. Los Niveles de conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 82 y 105 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 59 y 81 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO, los valores comprendidos entre 36 y 58 fueron consideradas como BAJO RIESGO y los valores menores o iguales de 35 fueron considerados como la categoría de SIN RIESGO.

En cuanto a la medición de la variable según dimensiones :

- En el **aspecto alimentario** para obtener el valor máximo , se multiplicó el puntaje máximo (3) con el total de ítem (9). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (1) con el total de ítem (9). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 4 categorías. Los Niveles de conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 22 y 27 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 16 y 21 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO, los valores comprendidos entre 10 y 15 fueron consideradas como BAJO RIESGO y los valores menores o iguales a 9 fueron considerados como la categoría de SIN RIESGO.

- En el **aspecto personal** para obtener el valor máximo , se multiplicó el puntaje máximo (3) con el total de ítem (7). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (1) con el total de ítem (7). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 4 categorías. Los niveles de conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 17 y 21 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 12 y 16 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO, los valores comprendidos entre 8 y 11 fueron consideradas como BAJO RIESGO y los valores menores o iguales 7 fueron considerados como la categoría de SIN RIESGO.
- En el **aspecto psicoemocional** para obtener el valor máximo , se multiplicó el puntaje máximo (3) con el total de ítem (10). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (1) con el total de ítem (10). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 4 categorías. Los Niveles de conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 24 y 30 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 17 y 23 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO, los valores comprendidos entre 11 y 16 fueron consideradas como BAJO RIESGO y los valores menores o iguales a 10 fueron considerados como la categoría de SIN RIESGO.
- En el **aspecto Sociocultural** para obtener el valor máximo , se multiplicó el puntaje máximo (3) con el total de ítem (4). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (1) con el total de ítem (4). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 4 categorías. La conducta de riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 10 y 12 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 7 y 9 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO, los valores comprendidos

entre 5 y 6 fueron consideradas como BAJO RIESGO y los valores menores o iguales a 4 fueron considerados como la categoría de SIN RIESGO.

- En el **aspecto familiar** para obtener el valor máximo , se multiplicó el puntaje máximo (3) con el total de ítem (5). Para obtener el valor mínimo se multiplicó el puntaje mínimo (1) con el total de ítem (5). Dichos resultados establecieron un rango de numeración que fueron divididos equitativamente en intervalos agrupados en 4 categorías. Los Niveles de Conductas de Riesgo se determinó de la siguiente forma: Los valores comprendidos entre 12 y 15 fueron consideradas como ALTO RIESGO, los valores comprendidos entre 9 y 11 fueron consideradas como MEDIANO RIESGO, los valores comprendidos entre 6 y 8 fueron consideradas como BAJO RIESGO y los valores menores o iguales a 5 fueron considerados como la categoría de SIN RIESGO.

ANEXO M

NÚMERO DE ESCOLARES POR EDADES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR SET - OCT 2003

<i>EDADES</i>	TOTAL	
	Nº	%
11 –12	71	51%
13 –14	69	49%
TOTAL	140	100%

ANEXO N

NÚMERO DE ESCOLARES SEGÚN AÑO DE ESTUDIOS DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR SET- OC 2003

AÑO DE ESTUDIOS	<i>Nº DE ESCOLARES</i>		
	SECCIONES		<i>TOTAL</i>
	A	B	
6^{to} grado	7	17	24
1^{er} año	23	27	50
2^{do} año	16	19	35
3^{er} año	13	18	31
TOTAL			140

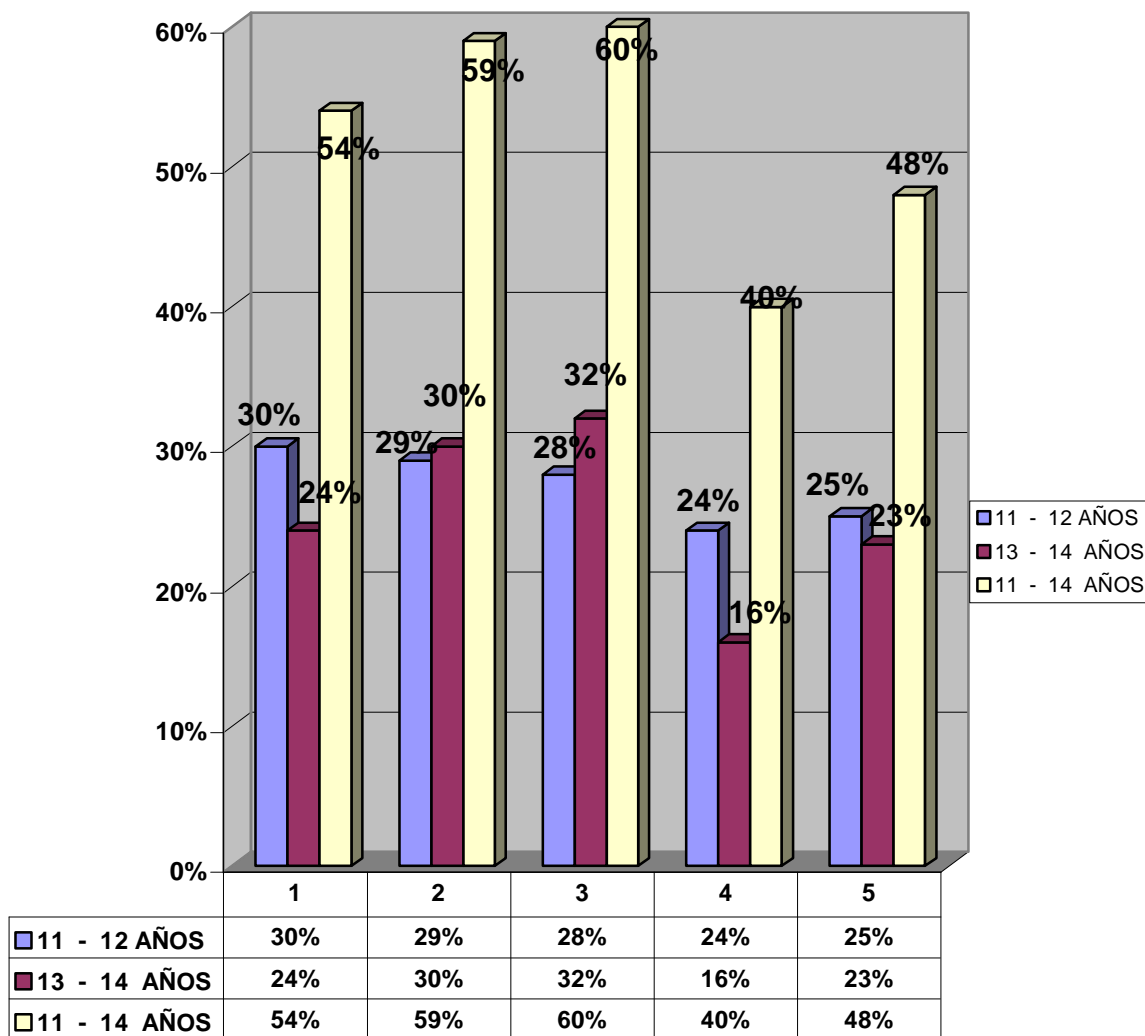
ANEXO O

**NIVELES DE CONDUCTAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA
SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL
SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR
SET - OCT 2003**

NIVELES DE CONDUCTAS RIESGO	E D A D E S				T O T A L .	
	11 - 12		13 - 14		11 -14 .	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO RIESGO	2	2%	3	2%	5	4%
MEDIANO RIESGO	35	25%	35	25%	70	50%
BAJO RIESO	34	24%	31	22%	65	46%
SIN RIESGO	0	0%	0	0%	0	0%
	71	51%	69	49%	140	100%

ANEXO P

FRECUENCIA DE CONDUCTAS DE ALTO Y MEDIANO RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR SET - OCT 2003



CONDUCTAS DE RIESGO

- 1 = ALIMENTARIO
- 2 = PERSONAL
- 3 = PSICOEMOCIONAL
- 4 = SOCIOCULTURAL
- 5 = FAMILIAR

ANEXO Q

NIVELES DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR . SET - OCT 2003

NIV. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	E D A D E S				T O T A L	
	11 - 12		13 - 14		11 -14	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO RIESGO	2	1%	3	2%	5	3%
MEDIANO RIESGO	40	29%	31	22%	71	51%
BAJO RIESO	29	21%	35	25%	64	46%
SIN RIESGO	0	0%	0	0%	0	0%
	71	51%	69	49%	140	100%

ANEXO R

FRECUENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL SALVADOR SET - OCT 2003

FRECUENCIA A EDADES		1			2			3			4			5		
		N	A. V	M. V	N	A. V	M.V	N	A. V	M.V	N	A. V	M.V	N	A. V	M.V
11- 12	Nº	39	29	3	19	33	19	43	20	8	41	19	11	45	19	7
13 - 14	Nº	38	24	7	9	34	15	49	11	8	36	20	13	42	19	7
11 - 14	Nº	77	53	10	38	67	34	92	31	16	77	39	24	87	38	14
	%			7%			25%			12%			17%			10%

- 1.-Consumo poca comida con la intención de bajar de peso.
- 2.-Procuro consumir alimentos con pocas grasas y calorías
- 3.-Me siento culpable después de comer.
- 4.-Cuando quiero , dejo de desayunar ó almorzar ó cenar para bajar de peso.
- 5.-Siento que los alimentos controlan mi vida.

ANEXO S
FRASES MUY FRECUENTES ENTRE LAS ESCOLARES DEL
C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL
SALVADOR

- Ü “ Una gorda nunca es recibida en ningún lugar” .
- Ü “ Quiero sentirme mejor así de flaca y no gorda .”
- Ü “ Aprendí gracias a mi madre.”
- Ü “ Quiero ser muy delgada ” .
- Ü “ Me sentí a sin cuerpo ” .
- Ü “ No tomo desayuno, almuerzo poco , no ceno y cada vez que me provoca algo me digo que estoy gorda y que voy a engordar.”
- Ü “ Si sigo tragando voy a engordar más de lo que estoy.”
- Ü “ A veces no como o sino tomo pura agua hasta sentir que voy a explotar “ .
- Ü “ Vi a mi mamá y seguí su ejemplo “ .
- Ü “ No quiero verme nunca gorda.”
- Ü “ Como nadie me dice que estoy gorda, ya no hago dieta, pero si me lo dicen o lo siento, Si lo voy a hacer ” .
- Ü “ Me incomoda ser gorda ” .
- Ü “ Mis padres me dijeron que deje de comer porque me iba a poner rechancha” .
- Ü “ Por el momento No hago dieta porque no puedo con la tentación de la comida, yo quisiera una ayuda para sentirme bien conmigo misma y NO lograr hacer lo que No quiero hacer (Vomitar).”
- Ü “ A veces me provoco el vómito cuando veo a mi mamá, ella bajó bastante, tiene bulimia y ella lo niega.”
- Ü “ Cuando me arrepiento de haber comido trato de vomitar para No engordar”
- Ü “ Hasta ahora no me provoco el vómito, es que no soy gorda y ojalá no lo sea “ .
- Ü “ Lo vómito porque como por comer sin sentir el gusto y sabor ” .
- Ü “ A veces me provoco el vómito cuando estoy molesta, ya que me veo en el espejo y me veo gorda ”

ANEXO T

NIVELES DE CONDUCTAS PERSONALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR . SET - OCT 2003

NIV. CONDUCTAS PERSONALES DE RIESGO	E D A D E S				T O T A L .	
	11 - 12		13 - 14		11 -14 .	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO RIESGO	3	2%	5	4%	8	6%
MEDIANO RIESGO	38	27%	36	26%	74	53%
BAJO RIESO	29	21%	27	18%	56	39%
SIN RIESGO	1	1%	1	1%	2	2%
	71	51%	69	49%	140	100%

ANEXO U

FRECUENCIA DE CONDUCTAS PERSONALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL SALVADOR SET- OCT 2003

FRECUENCIA EDADES		1			2			3			4		
		N	A.V	M.V	N	A.V	M.V	N	A.V	M.V	N	A.V	M.V
11- 12	Nº	31	25	15	21	48	2	7	47	17	56	9	6
13 - 14	Nº	24	35	10	18	46	5	7	47	15	55	9	5
11 - 14	Nº	55	60	25	39	94	7	14	94	32	111	18	11
	%			18%			12%			23%			8%

1.-Pienso que el aspecto físico es muy importante para conseguir el éxito.

2.-Hago ejercicios para bajar de peso.

3.-Vivo momentos críticos y difíciles en mi vida.

4.-Prefiero estar extremadamente delgada que estar sana.

ANEXO V

NIVELES DE CONDUCTAS PSICOEMOCIONALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR . SET - OCT 2003

NIV. CONDUCTAS	E D A D E S				T O T A L	
PSICOEMOCIONAL.	11 - 12		13 - 14		11 -14	
DE RIESGO	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO RIESGO	6	4%	5	4%	11	8%
MEDIANO RIESGO	33	24%	39	28%	72	52%
BAJO RIESO	32	23%	25	17%	57	40%
SIN RIESGO	0	0%	0	0%	0	0%
	71	51%	69	49%	140	100%

ANEXO W

FRECUENCIA DE CONDUCTAS PSICOEMOCIONALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL SALVADOR SET- OCT 2003

FRECUENCIA EDADES		1			2			3			4			5			6		
		N	A.V	M.V	N	A.V	MV	A.V	M.V	M.V	N	A.V	M.V	N	A.V	M.V	N	A.V	M.V
11- 12	Nº	38	18	15	31	24	16	33	21	17	38	15	18	30	34	7	10	44	17
13 - 14	Nº	31	22	16	33	20	16	22	36	11	28	20	21	30	37	2	18	45	6
11 - 14	Nº	69	40	31	64	44	32	55	57	28	66	35	39	60	71	9	28	89	23
	%			22%			23%			20%			28%			6%			16%

- 1.-Pienso que las personas delgadas tienen mayor aceptación por los demás.
- 2.-Me veo gorda a pesar que los demás dicen lo contrario.
- 3.-Permanezco largo tiempo mirándome frente al espejo
- 4.-Mi principal miedo es engordar.
- 5.-Dicen que estoy insoportable
- 6.-Me siento insegura para decidir o hacer algo.

ANEXO X

**NIVELES DE CONDUCTAS SOCIOCULTURALES DE RIESGO HACIA LA
ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL
C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA
EL SALVADOR . SET - OCT 2003**

NIV. CONDUCTAS SOCIOCULT. DE RIESGO	EDADES				TOTAL	
	11 - 12		13 - 14		11 -14	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO RIESGO	4	3%	0	0%	4	3%
MEDIANO RIESGO	29	21%	22	16%	51	37%
BAJO RIESGO	27	19%	34	24%	61	43%
SIN RIESGO	11	8%	13	9%	24	17%
	71	51%	69	49%	140	100%

ANEXO Y

FRECUENCIA DE CONDUCTAS SOCIOCULTURALES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL SALVADOR SET - OCT 2003

FRECUENCIA EDADES		1			2			3		
		N	A.V	M.V	N	A.V	M.V	N	A.V	M.V
11- 12	Nº	39	26	6	29	28	14	51	15	5
13 - 14	Nº	47	17	5	31	28	10	55	14	0
11 - 14	Nº	86	43	11	60	56	24	106	29	5
	%			8%			17%			4%

- 1.-Mi principal tema de conversación es sobre el peso, aspecto físico y la alimentación.
- 2.-Me es difícil relacionarme con los demás y expresar mis emociones.
- 3.-Evito reuniones porque en ellas tengo que comer.

ANEXO Z

NIVELES DE CONDUCTAS FAMILIARES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA DE VILLA EL SALVADOR . SET - OCT 2003

NIV. CONDUCTAS FAMILIARES DE RIESGO	EDADES				TOTAL	
	11 - 12		13 - 14		11 -14	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO RIESGO	6	4%	5	4%	11	8%
MEDIANO RIESGO	29	21%	27	19%	56	40%
BAJO RIESGO	35	25%	36	25%	71	50%
SIN RIESGO	1	1%	1	1%	2	2%
	71	51%	69	49%	140	100%

ANEXO AA

FRECUENCIA DE CONDUCTAS FAMILIARES DE RIESGO HACIA LA ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN EDADES EN ESCOLARES DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL SALVADOR SET- OCT 2003

FRECUENCIA EDADES		1			2			3		
		N	A.V	M.V	N	A.V	M.V	N	A.V	M.V
11- 12	Nº	19	29	23	47	18	6	51	15	8
13 - 14	Nº	12	38	19	49	15	5	55	14	11
11 - 14	Nº	31	67	42	96	33	11	106	29	19
	%			30%			8%			14%

- 1-Siento que mis padres me protegen y se involucran demasiado en mi vida.
- 2.-Mi familia da mucha importancia a la apariencia física.
- 3.-Discuto con mis padres por la alimentación

ANEXO BB

**FUENTE DEL CUAL SE APRENDIÓ LA DIETA EN LAS ESCOLARES
DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL
SALVADOR SET- OCT 2003**

FUENTE	Nº
Libro, Revistas , TV	10
Nadie me enseñó	9
Amigos	3
Mamá	4
Otros	4

ANEXO CC

**MANERAS DE BAJAR DE PESO EN LAS ESCOLARES DEL C.E.
PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL
SALVADOR SET- OCT 2003**

MANERAS	Nº
No comer o comer poco	12
Comer verdura, fruta ensalada, yogurt	13
Evitar grasa, dulces excesos	7
Ejercicios	3
Otros	1

ANEXO DD

**PERIODO DE TIEMPO EN QUE SE INICIÓ LA DIETA EN LAS ESCOLARES
DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL
SALVADOR SET - OCT 2003**

PERIODO	Nº
A veces	8
Hace 1-2 meses	7
Hace 1 – 2 años	7
Hadá a dieta	3
No me acuerdo	4

ANEXO EE

**PERSONA QUIEN ACONSEJÓ LA DIETA EN LAS ESCOLARES DEL C.E.
PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL
SALVADOR SET- OCT 2003**

PERSONA	Nº
Nadie	15
Amigas	7
Mamá	3
Familia	4
Otros	7

ANEXO EE

**FRECUENCIA DE PROVOCAIONES DEL VÓMITO EN LAS ESCOLARES
DEL C.E. PARROQUIAL SANTA ROSA DE LIMA VILLA EL
SALVADOR SET- OCT 2003**

FRECUENCIA	Nº
Constantemente	2
Aveces	6
Quiero pero no puedo	2
Me viene por si solo	2
No	23